

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 46.

LES
TUMEURS BÉNIGNES
DES
VOIES BILIAIRES
EXTRA-HÉPATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BRAVET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 23 février 1890, à Barraux (Isère)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

LES
TUMEURS BÉNIGNES
DES
VOIES BILIAIRES
EXTRA-HÉPATIQUES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1913-1914 — N° 46.

LES
TUMEURS BÉNIGNES
DES
VOIES BILIAIRES
EXTRA-HÉPATIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 décembre 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BRAVET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 23 février 1890, à Barraux (Isère)



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,
PIERRËT, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. X. X.
Cliniques chirurgicales	{
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	COURMONT (P.).
Médecine légale	ETIENNE MARTIN.
Hygiène.	COURMONT (J.).
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL, agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD. —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile.	MOURIQUAND, —
Déontologie et Médecine professionnelle.	X..., —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.	MM. FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (L.).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. COURMONT, Président ; M. PIC, Assesseur ;
MM. LERICHE et SAVY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations, qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie cet humble travail, bien
faible témoignage de profonde recon-
naissance et de tendre affection,

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JULES COURMONT

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

Nous n'oublierons jamais le charme et l'intérêt de son enseignement. Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous sommes heureux de pouvoir lui offrir aujourd'hui l'hommage de notre reconnaissance et de nos sentiments de respectueuse gratitude

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. SAVY

Chef du Laboratoire d'Anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

Nous lui devons l'idée première de ce travail dont il nous a fourni les plus intéressants documents. Nous le remercions bien vivement de ses bons conseils et de l'accueil si aimable qu'il nous a toujours réservé.

A MES MAITRES

*de l'Ecole de Médecine de Grenoble,
de la Faculté de Médecine de Lyon,
de l'Ecole du Service de Santé Militaire.*

A MES JUGES,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes des voies biliaires extra-hépatiques sont considérées par tous les auteurs comme extrêmement rares, au point que leur existence même est admise avec beaucoup de réserve dans certains traités de pathologie. Les articles de DEVIC et GALLAVARDIN, de TERRIER et AUVRAY, sur les tumeurs des voies biliaires, la thèse d'agrégation de DÉNUCÉ, les ouvrages de SCHWARTZ, MAYO ROBSON, ROLLESTON, paraissent muets sur cette question ; tous ces auteurs ne rapportent que très brièvement quelques observations succinctes.

LE LIONNAIS, dans sa thèse intitulée *Difficultés du diagnostic de certaines tumeurs de l'hypocondre droit formées par le vésicule biliaire* (Paris, 1896), consacre au sujet qui nous occupe ces simples lignes : « En dehors des tumeurs liées à la lithiase biliaire, on n'observe plus dans la vésicule que des néoplasmes. Quant à ces néoplasmes, on est en droit de dire que ce sont presque toujours des tumeurs malignes. On a bien observé aussi quelques tumeurs bénignes, mais leur rareté n'a d'égale que la diversité de leurs formes anatomiques, et l'on ne peut, sur des cas si exceptionnels, se baser pour leur décrire des symptômes ordinaires ».

Aucune étude suivie de ces néoplasmes n'a encore été faite, et celle que nous tentons aujourd'hui repose

sur un très petit nombre d'observations qui, nous sommes portés à le croire, deviendront plus nombreuses lorsque l'attention aura été attirée sur les quelques cas perdus dans les recueils scientifiques.

Nous avons eu, au cours de notre dernière année de médecine, et sous la direction de M. le professeur agrégé SAVY, l'occasion d'observer un cas absolument indéniable d'adénome du cholédoque, chez un malade du service de M. le professeur J. COURMONT. M. le professeur PIC a bien voulu nous communiquer un cas à peu près similaire, et M. le professeur agrégé LERICHE a pu observer et opérer dans le service de M. le professeur PONCET un cas d'adénome de la vésicule biliaire.

Bien que ces trois observations aient fait l'objet d'un article publié dans le courant de cette année (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juin 1913), M. le professeur agrégé Savy, lui-même, nous a engagé à reprendre cette question, pensant qu'il n'est pas inutile de donner une revue générale sur cette lésion encore fort mal connue. Aussi nous avons recherché dans la littérature médicale les cas semblables, et nous avons cru intéressant de les grouper et d'essayer d'en extraire une description d'ensemble.

Après un chapitre d'historique où nous passerons en revue tout ce qui a été fait sur la question, nous ferons une étude anatomo-pathologique des tumeurs bénignes des voies biliaires, parmi lesquelles nous décrirons spécialement l'*adénome* et le *papillome*. Nous éliminerons les néoplasmes développés dans les ramifications biliaires intra-hépatiques. Certains auteurs (Valdeyer, Birsch-Hirschfeld, Naunyn, Ziegler) croient voir dans la prolifération de l'épithélium de ces canaux l'origine du

cancer primitif du foie. Plus récemment, Von Hippel a décrit de véritables adénomes des conduits biliaires pouvant revêtir une forme kystique, souvent même s'ouvrir dans les voies circulatoires, sans jamais se généraliser. L'élimination de ces sortes de tumeurs se comprend d'elle-même, car les symptômes sont, la plupart du temps, franchement hépatiques. C'est à une maladie du foie que l'on a affaire et non à une affection biliaire.

Enfin, nous terminerons cette étude par une description pathogénique et clinique et nous passerons successivement en revue l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie et le traitement de cette affection.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous tenons à remercier M. le docteur J.-F. Martin, interne des hôpitaux, pour l'obligeance avec laquelle il nous a fourni de nombreux renseignements bibliographiques; nos remerciements vont aussi aux camarades les docteurs M. Tussau et P. Melnotte, qui ont bien voulu mettre à notre disposition leur parfaite connaissance des langues anglaise et allemande, pour la traduction de quelques observations.

HISTORIQUE

La littérature médicale nous fournit un certain nombre d'observations analogues à nos trois observations lyonnaises. Néanmoins, les cas n'en sont ni nombreux, ni anciens. Cela tient tout d'abord à la rareté relative de cette affection et à l'imperfection des anciens procédés d'examens histologiques, souvent même à l'absence de recherches anatomo-pathologiques, puis aussi à la confusion qui a longtemps existé entre cette affection et les autres néoplasies des voies biliaires.

Nous n'avons guère rencontré dans nos recherches bibliographiques qu'une quarantaine de cas. Il est infiniment probable cependant que l'on aurait pu en trouver un plus grand nombre, et beaucoup de néoplasies cataloguées sous le nom d'épithéliomas ou de cancers auraient pu entrer dans le groupe des tumeurs bénignes si elles avaient été soumises à un examen histologique approfondi. La distinction des adénomes et des papillomes d'avec les tumeurs malignes est assez difficile dans les descriptions imparfaites ; une observation anatomo-microscopique manque le plus souvent et cependant serait bien nécessaire pour lever tous les doutes.

Le premier auteur ayant fait mention d'une tumeur analogue semble être WIEDEMAN (1) en 1767. Il s'agissait

(1) *Hufeland's Journal der prakt. Arzeneikunde*, etc. 1797, t. 3, p. 384.

d'un « aliéné qui mourut à l'âge de trente ans d'hydroisie ». A l'opération, il se trouva en présence d'une vésicule dans l'intérieur de laquelle il remarqua une néo-formation ayant l'aspect d'une hydatide, sans aucune autre lésion du côté des voies biliaires. Elle contenait une substance caséeuse, molle, verdâtre. Cette tumeur, Wiedeman l'a décrite sous le nom de « tumeur enkystée » mais il est impossible d'en déterminer, actuellement, la nature exacte.

EHRMAN (1) en 1843 signale l'existence d'un fibrome siégeant sur le canal cholédoque, de la grosseur d'une fève, et ayant causé un ictère intense.

WARDELL (*Lancet* 1869) constate à l'autopsie d'une fillette de 3 ans qui présentait pendant la vie le syndrome d'ictère par rétention et mourut dans le coma au bout de 3 semaines, une tumeur graisseuse obturant complètement le conduit biliaire. A la coupe, il s'agissait d'une tumeur homogène, blanc jaunâtre, avasculaire, qui faisait sur le papier une tâche de graisse. Rolleston admet qu'il devait s'agir de papillome myxomateux que la bile teignait en jaune, simulant une masse graisseuse.

En 1871, METTENHEIMER attire l'attention sur un cas de néo-formations villeuses de la vésicule biliaire. « Cette néo-production, dit-il, je ne me rappelle l'avoir jamais vue, ni jamais rencontrée décrite dans les ouvrages d'anatomie pathologique. » Il s'agissait d'un soldat français, mort des suites de dysenterie. A l'autopsie il trouva une vésicule de volume normal, contenant de la

(1) Ehrmann. — Maladie organique de l'appareil biliaire, tumeur cellulo-graisseuse dans le conduit cholédoque, dilatation extraordinaire de la vésicule du fiel. In his : Musée de la Faculté de Médecine de Strasbourg, 1843. 2 planches.

bile de coloration jaune verdâtre, épaisse. Sur la muqueuse il remarqua en certains points de petites masses blanchâtres, assez fragiles, assez faciles à détacher et à écraser. Celles-ci représentaient, vues à la loupe, des bouquets de villosités, reliés à la surface muqueuse par un mince pédicule, et facilement mobilisables.

Foot, en Angleterre, publie dans le *British Hospital Gazette*, de Dublin (1874) l'observation d'un malade ayant présenté un ictère très prononcé avec décoloration des matières fécales et pigments biliaires dans l'urine. Il mourut de péricardite. L'autopsie montra une dilatation considérable du canal cholédoque avec hydropisie de la vésicule biliaire, de nombreux petits abcès dans le foie et une calcification partielle de l'artère hépatique. Le cholédoque était complètement obstrué par une tumeur lobulée et pédiculée que l'auteur décrit sous le nom de papillome.

SCHÜPPEL (in *Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Bd VIII, p. 68. Leipzig 1880) trouve chez une femme de 30 ans une vésicule biliaire diminuée de volume et vide de bile. La cavité était en partie comblée par des productions villeuses implantées sur la muqueuse. Ces excroissances se présentaient sous la forme de nombreuses touffes, tantôt courtes et trapues, tantôt ramifiées, recouvertes d'un épithélium cylindrique, bas, simple, régulier. Quelle était la nature exacte d'une pareille tumeur ? Il serait bien difficile de préciser bien que Schüppel, lui-même, soit très affirmatif sur ce point en la faisant entrer dans le groupe des myxomes. Malgré cette courte description, Langenbüch (*Chirurgie*

der Leber und Gallenblase. Deutsche Chirurgie Lief, 45 c. II, p. 186) n'hésite pas à la considérer comme une tumeur maligne et non comme un myxome, mais plutôt comme un épithéliome papillaire.

ORTH, dans son ouvrage d'anatomie pathologique parle de fibromes papillaires (*Lehrbuch der speciellen pathologie, Anatomie*, 1877. Bd I, p. 987) et KAUFMANN décrit un fibro-épithéliome qui se rencontre fréquemment chez les vieillards et qui est généralement petit, de coloration grisâtre, de consistance molle. Il apporte aussi une préparation de la Société de Breslau qui provient d'un cheval lithiasique. La vésicule biliaire montrait chez cet animal un système d'excroissances papillomateuses compactes, épaisses, renflées en pomme de pin, et cylindroconiques. RINDFLEISCH, dans son *Traité d'histologie pathologique*, 1888, ne consacre qu'un très court paragraphe au sujet des tumeurs bénignes des voies biliaires. « Sur la vésicule biliaire de l'homme, dit-il, on ne trouve que des papillomes très petits et presque imperceptibles. Par contre, VIRCHOW a observé et décrit la vésicule d'une vache dont la paroi épaissie était couverte d'une telle quantité de bourgeons villeux ou cylindriques solides que sur une certaine zone la surface de la muqueuse avait presque complètement disparu.

Un cas à peu près semblable à celui de Wiedeman (l.c.) a été décrit par ADLER, en 1892. Un homme de 37 ans était atteint, depuis 18 mois, de coliques hépatiques, devenues presque journalières et durant 2 à 3 heures. Pendant les accès, on sentait sur la ligne mamelonnaire, à peu près à la hauteur de l'ombilic, un corps dur, de

la grosseur d'une cerise, très mobile, dépassant de 2 travers de doigt le bord inférieur du foie, se déplaçant pendant les mouvements respiratoires et très douloureux à la pression. Point d'ictère, ni de matières colorantes de la bile dans l'urine, jamais de calculs dans les garde-robes. La laparotomie montra qu'il s'agissait tout simplement d'une dégénérescence kystique de la vésicule sans lithiase. Il existait en effet des kystes sous-muqueux, remplis d'un liquide bilieux, renfermant de la cholestérine.

L'observation la plus caractéristique de papillome de la vésicule appartient à RINGEL qui, en 1889, à la Société allemande de Chirurgie, présente son cas comme une forme de passage entre la lithiase biliaire et le carcinome. COURVOISIER n'en parle pas dans sa statistique, et parmi les tumeurs bénignes des voies biliaires extra-hépatiques, il ne rapporte que trois cas pour la vésicule et trois pour le cholédoque. Ce sont les cas de Wiedeman, Schüppel, Albers d'une part, et ceux de Albers, Wardell et Bouisson (1) d'autre part. Trois de ces

(1) Bouisson. — De la bile, de ses variétés physiologiques et de ses altérations morbides (Montpellier 1813).

Cette observation n'ayant guère qu'une valeur historique, nous préférons la rapporter dans ce chapitre plutôt qu'à la fin de notre travail.

M. Hartmann, directeur de plusieurs manufactures, à Munster (Haut-Rhin), âgé de 61 ans, bien constitué, d'un tempérament bilieux, d'un caractère entreprenant et irritable, n'avait point eu de maladies pendant sa jeunesse, quoiqu'il se fut livré à de nombreux excès. A la suite d'une forte émotion morale, il éprouva un dérangement dans les fonctions du foie, qui s'accrut lentement et sans interruption jusqu'au point de suspendre l'action digestive et de déterminer des symptômes graves. Un ictère se manifesta, mais, quoique son apparition eut été tardive, il parvint au plus haut degré, car tous les tissus étaient colorés en jaune. Après quelque temps, une tumeur parut dans la région de la vésicule biliaire; elle fut appréciable au toucher et donna une sensation obscure de fluctuation. Le malade dépérit peu à peu, sans que les divers moyens thérapeutiques mis en usage pussent l'amender; il parvint ainsi au degré de marasme, ne

observations nous sont déjà connues. Les deux cas d'Albers sont dessinés en grosseur naturelle dans son Atlas d'anatomie pathologique. Dans une vésicule, il trouva une tumeur fibreuse de la grosseur d'une pièce de « cinq groschen », occupant la sous-muqueuse et située en plein tissu sain ; la deuxième pièce représente aussi une tumeur fibreuse ; elle avait pour siège le milieu du cholédoque, oblitérant sa lumière et ayant causé une énorme dilatation kystique de ce canal. Dans le cas de Bouisson, il s'agissait d'une vésicule kystique triloculaire, dont la distension avait été causée par « une production organisée, d'apparence graisseuse », située à l'extrémité supérieure du cholédoque, très élargi.

En 1901, paraît la thèse de ZELLHUBER sur les néoformations papillaires, de la vésicule biliaire du veau et

pouvant supporter aucun aliment, si ce n'est du lait, qui fut sa seule nourriture possible, deux mois avant sa mort : celle-ci eut lieu le 4 avril 1839, à Strasbourg, où nous pûmes examiner les altérations cadavériques avec notre collègue M. Ehrmann, qui voulut bien nous communiquer les détails de la maladie.

L'autopsie montra un foie volumineux, de couleur brune verdâtre ; à sa face inférieure existaient trois tumeurs : l'une considérable formée par la vésicule du fiel, et les deux autres par des poches en communication avec la vésicule. Aucune concrétion biliaire n'existait dans ces poches. La vésicule incisée laissa s'écouler une grande quantité de bile verte, d'un aspect très concentré. La muqueuse était ulcérée dans plusieurs points et deux ouvertures établissaient la communication avec les poches biliaires accidentelles. Ces ouvertures étaient seulement pratiquées dans la muqueuse ; la tunique extérieure avait été distendue, épaissie et tormait les parois des kystes biliaires. Les canaux cystique et hépatique étaient énormément dilatés. L'extrémité supérieure du canal cholédoque, très élargie, contenait une production organisée, d'apparence graisseuse et adhérente à sa face interne par plusieurs points. Le reste du canal était fort rétréci et pour ainsi dire oblitéré.

Les organes digestifs étaient sains, il n'existait aucune trace d'inflammation, bien que plusieurs selles sanguinolentes eussent été rendues vers la fin de la maladie. L'estomac n'était pas sensiblement rétréci.

à la même époque HOLZINGER, dans sa dissertation inaugurale, décrit un fibrome du canal hépatique.

LANCERAUX, TERRIER et AUVRAY, MAYO-ROBSON, ROLLESTON, dans leurs ouvrages sur les maladies du foie et des voies biliaires passent très rapidement sur les tumeurs bénignes de la vésicule et du cholédoque. Lanceraux les décrit sous le nom de tumeurs conjonctives, qu'il oppose aux tumeurs épithéliales de mauvaise nature, et il cite les cas de Wiedeman et un cas de Bristowe, qui n'est relaté que chez cet auteur. Mayo-Robson signale les pièces suivantes, qui figurent dans les différentes collections anglaises :

N° 2812. Royal Collège of Surgeons : montre des villosités, des papilles sur la muqueuse d'une vésicule dans laquelle on a trouvé de petits calculs.

N° 1403. Guy's Muséum. Lipome de la vésicule biliaire avec paroi épaissie d'un tiers de travers de doigt. Il fut enlevé chez un homme de 66 ans, atteint d'une maladie de reins et d'une cirrhose du foie.

N° 1404. Guy's Muséum. Femme, de 39 ans, morte tuberculeuse. Papillomes de la vésicule sessiles sur le fond et pédiculées sur le col.

N° 1405, Guy's Muséum. Pièce de vésicule biliaire, dont la muqueuse est parsemée de petites verrues.

Citons enfin les observations récentes de PELS-LEUSDEN (1904), de HAUSSON (1905), de MAYO-ROBSON (1905), de DOMINICI et de SAND et MAYER (1911), dans lesquelles des examens histologiques complets nous ont fourni d'abondants matériaux pour notre étude anatomo-pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs bénignes des voies biliaires envisagées au point de vue anatomo-pathologique peuvent se diviser en deux groupes :

1° Les *adénomes*, où le point de départ de la néo-production siège dans les glandes de la muqueuse,

2° Les *papillomes*, où l'hyperplasie est due à la prolifération du revêtement muqueux sous la forme de végétations plus ou moins villeuses.

Ces deux variétés de tumeurs, que nous avons ainsi séparées pour faciliter nos descriptions histologiques, ne se présentent pas toujours avec une structure aussi nette et certaines tumeurs que nous appellerons *adéno-papillomes* ou *adénomes papillifères* empruntent leurs caractères à chacun des deux groupes ci-dessus. Tandis que leurs éléments glandulaires ont nettement pris la disposition adénomateuse, la muqueuse s'est plissée en villosités donnant ainsi à la surface un aspect papillaire.

D'autres néoformations enfin ont été rencontrées par certains chirurgiens sur le trajet des voies biliaires : ces tumeurs ont été décrites sous les noms de *fibromes*, *myxomes*, *lipomes*. Nous ne pouvons pas en donner une étude histologique puisque, dans la plupart des cas, l'examen microscopique est absent. Albers a décrit un fibrome de la sous-muqueuse de la vésicule biliaire :

d'après Rolleston, il s'agit là d'un papillome dont le tissu conjonctif s'est hypertrophié au point de donner une apparence fibreuse à la tumeur : Schüppel signale la présence d'un myxome sur la muqueuse vésiculaire : Rolleston émet l'opinion que ce prétendu myxome n'était qu'un simple papillome œdématisé, ou ayant subi une dégénérescence mucoïde. Pour ce qui est des tumeurs graisseuses, rares et sans importance (cas de Wardell), ce sont pour Rolleston des papillomes dont l'apparence adipeuse est due à la bile. Supposons, dit-il, une cholécystite avec adhérence d'une frange épiploïque. Il se peut que cette frange se détache du côlon pour se fixer à la paroi de la vésicule : nous aurons ainsi un petit lipome.

Les seules tumeurs bénignes qui méritent notre attention sont donc les adénomes et les papillomes ; nous allons donc étudier leurs caractères macroscopiques et microscopiques ; d'après ces éléments nous essaierons de les distinguer des tumeurs malignes et d'examiner les points qui les différencient ou qui les rapprochent.

§ I. Adénomes

Les adénomes de la vésicule et du cholédoque paraissent moins fréquents que les papillomes. Sur les trente observations que nous avons recueillies, nous n'avons guère relevé que neuf cas d'adénomes dont cinq pour la vésicule et quatre pour le cholédoque. Il est rare, en effet, que l'hyperplasie glandulaire ne s'ac-

compagne pas d'un certain degré de prolifération épithéliale de la muqueuse sous forme de digitations papilliformes.

ASPECT MACROSCOPIQUE. — Sur les 5 cas d'adénomes de la vésicule, 3 fois la tumeur avait pour siège le fond de cet organe. Les adénomes constatés au niveau du cholédoque étaient situés, dans tous les cas que nous avons rencontrés, vers la partie terminale du canal. Leur volume est très variable, comme nous pouvons le juger d'après les observations : volume d'une noix (Leriche), d'un grain de chènevis (Menétrier), d'une noisette (Volmer); d'une tête d'enfant (Bishop), telles sont les comparaisons classiques. Dans le cas de Sutherland, les dimensions du petit myo-adénome mesurent 10^{mm} pour la longueur, 8 pour la largeur et 6 pour l'épaisseur,

Généralement, la tumeur fait une saillie légère sous la muqueuse qu'elle soulève. Rugueuse et épaissie, la muqueuse, à ce niveau, a perdu son aspect lisse. A l'état frais, elle présente une coloration blanc rosé, quelquefois rougeâtre et hyperémiee, prenant plutôt une teinte jaunâtre au contact de la bile, sur une pièce d'autopsie. Sa consistance est ferme, sans toutefois atteindre la dureté du cancer. Exceptionnellement on l'a vue faire saillie à la surface péritonéale (obs. I); mais même dans ce cas la tumeur se présentait comme un petit noyau bien circonscrit, sans aucune trace d'infiltration des tissus avoisinants. Sur le cholédoque, ces néoformations sont la cause d'une obstruction plus ou moins complète du canal excréteur de la bile, soit par soulèvement de la surface muqueuse au niveau de

l'adénome, soit par rétrécissement en virole, comme nous l'avons observé chez le malade de M. le professeur Savy.

La séreuse péritonéale est lisse ; il existe cependant quelquefois des adhérences : celles-ci sont dues à la calculose qui coexiste fréquemment avec la formation de ces tumeurs. Les calculs ont été, en effet, rencontrés dans 3 cas. Dans l'observation XVI, on a trouvé un calcul à la partie supérieure du cholédoque, avec une vésicule ratacinée et englobée d'adhérences. Dans l'observation V, Ménétrier a constaté aussi la présence d'un calcul rond comme une bille, arrêté par l'orifice duodénal de l'ampoule et libre comme le battant d'un grelot dans la cavité élargie du canal. Dans l'observation IV, la vésicule était remplie de calculs.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — L'examen microscopique de l'adénome est relaté dans 7 de nos observations. Dans la majorité des cas, la structure histologique de ces tumeurs révèle la présence, au sein de la néoformation, d'alvéoles de dimensions plus ou moins régulières, à distribution un peu variable. De forme circulaire ou polyédrique, suivant les hasards de la coupe, ces cavités sont tapissées par une couche unique et continue de cellules hautes et cylindriques, rappelant le type de l'épithélium biliaire normal. D'un diamètre longitudinal plus long que le diamètre transversal, les cellules possèdent un noyau rond ou ovalaire situé vers leur base, et un protoplasma clair. En aucun point, les éléments épithéliaux ne sont déformés, ni ne présentent des caractères de dégénérescence. et l'on rencontre de nombreux tubes glandulaires, intacts, en doigt de

gant, tantôt simples, tantôt ramifiés, revêtus d'un épithélium cylindrique, à lumière plus ou moins large. Jamais de boyaux pleins, jamais d'ilots formés de cellules embryonnaires et atypiques ne s'engagent dans le tissu conjonctif de la profondeur.

Ce tissu conjonctif, qui sépare ces tubes glandulaires, est souvent réduit à une mince lame par pression de ces tubes très augmentés de nombre et de volume. Dans certains cas (Obs. XVI), il subit une réaction hyperplasique dans laquelle on remarque des cellules presque réduites à leur noyau.

Les fibres musculaires lisses ne subissent en général aucune modification, le processus d'hypertrophie restant localisé à la couche muqueuse. Dans l'observation III, la couche musculaire avait cependant pris part à la néoformation en envoyant des faisceaux dans l'intervalle des éléments glandulaires. Dans l'observation I, les éléments musculaires circonscrivaient le noyau adénomateux.

Voilà donc bien des lésions typiques, méritant la qualification d'adénomateuses que ces hypertrophies glandulaires avec augmentation des culs-de-sac et ramifications secondaires, mais conservation générale de la texture de l'organe. Il arrive cependant quelquefois que sur les coupes les tubes glandulaires paraissent assez régulièrement disposés. Cela tient aux sinuosités multiples des tubes hyperplasiés qui se trouvent représentés coupés en tous sens suivant leurs incidences diverses : Ils sont tous, d'ailleurs, constitués par un revêtement régulier de cellules cylindriques muqueuses. Ainsi est constituée la lésion adénomateuse qui peut

être définie par ces trois groupes de caractères bien spéciaux.]

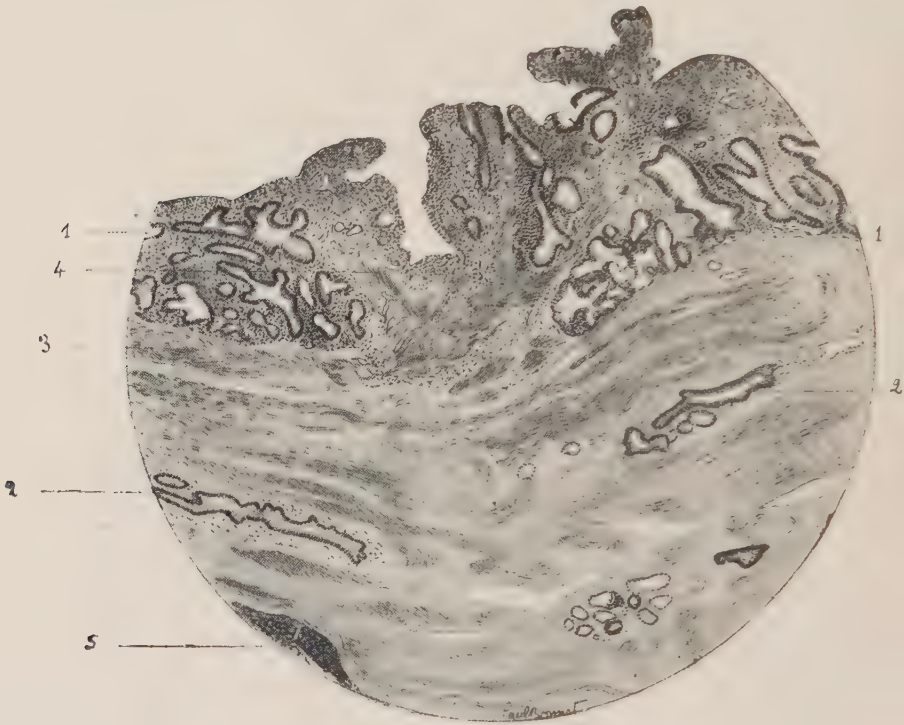


Fig. 1. — Adénome du cholédoque.

1. Glandes hyperplasiées dans la muqueuse.
2. Formations glandulaires intramusculaires.
3. Couche musculaire avec (4) pinceaux irradiés à la face profonde de la muqueuse.
5. Pancréas.

1. Hyperplasie glandulaire suivant le type normal.
2. Stroma épaissi.
3. Limitation des lésions à la tunique muqueuse et non tendance à l'effraction et à l'envahissement.

Adéno-myomes. Adéno-papillomes. Adénomes kysti-

ques. — Telles sont les différentes dénominations sous lesquelles ces tumeurs bénignes sont désignées par

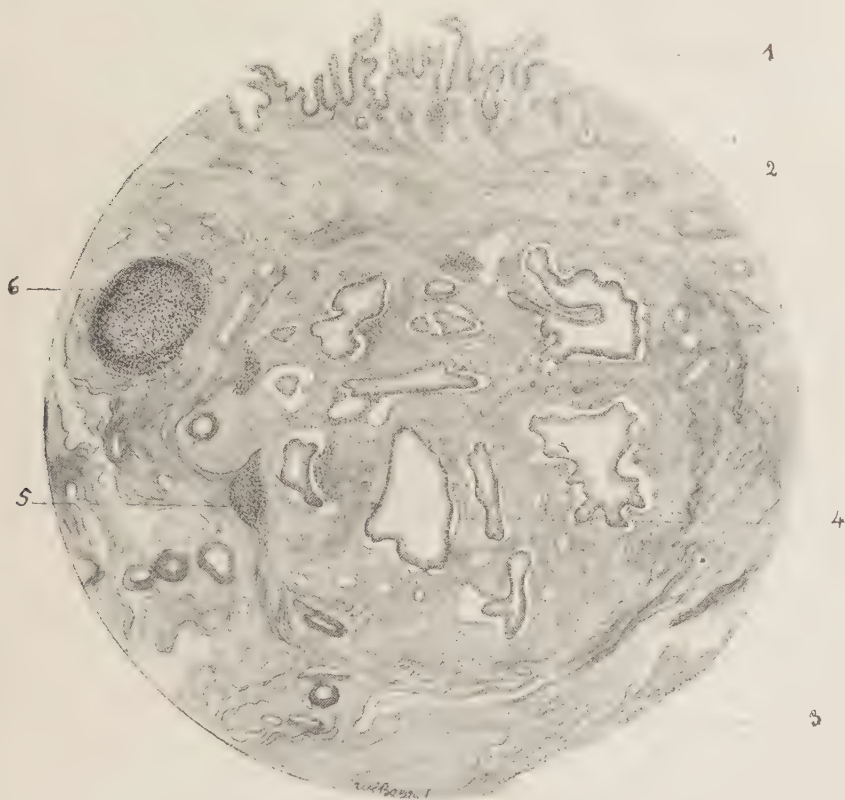


FIG. 2. — Noyau adénomateux à tendance kystique situé dans l'épaisseur même de la paroi vésiculaire (à la face profonde de la couche musculaire) au voisinage d'un nodule tuberculeux épithélioïde.

1. Épithélium et glandes de surface.
2. Couche musculaire.
3. Couche sous-péritonéale.
4. Néof ormation glandulaire kystique du noyau adénomateux.
5. Amas de cellules lymphoïdes.
6. Nodule tuberculeux à centre épithélioïde.

certain auteurs. Elles ne représentent qu'une variété histologique du groupe des adénomes où à l'hyperplasie

glandulaire est associée une hypertrophie musculaire (obs. III) muqueuse sous forme de villosités (obs. I) ou bien une dilatation kystique des éléments.

Il arrive, en effet, que dans l'intérieur de la couche muqueuse les alvéoles formées par les tubes glandulaires se distendent d'une façon exagérée, en produisant des cavités de dimensions variables. De semblables formations existaient dans les observations I et XVI et aussi dans celles de Pels-Leusden et de Volmer. Sans aucun doute ces cavités représentent des kystes de rétention dans lesquels s'accumulent des produits de sécrétion glandulaire, mais jamais de débris épithéliaux. Le tissu conjonctif est cependant assez dense ; il sépare les différentes cavités par des plages fibreuses plus ou moins compactes. Dans le cas de Volmer, ces dernières étaient suffisamment denses pour que l'auteur ait pu donner à sa tumeur le nom d'adéno-fibro-myome.

Un degré de plus et nous avons le véritable adénome kystique dont un bel exemple a été publié par Stanmore Bishop en 1901 : constituée par de nombreuses logettes séparées par des cloisons étanches, cette pièce représentait un véritable kyste multiloculaire dont chaque cloison était tapissée sur ses deux faces par un épithélium analogue au revêtement de la muqueuse biliaire normale. Ces logettes n'étaient en somme que d'énormes dilatactions glandulaires résultant de la dégénérescence kystique d'une simple tumeur adénomateuse.

§ 2. Papillomes

« Le papillome, production relativement commune, dit Lanceraux, a été rencontré à diverses reprises dans

les canaux hépatiques et surtout dans la vésicule biliaire. Il est constitué par la multiplication des éléments villeux de la membrane muqueuse et consistent en des saillies confluentes qui remplissent en partie la cavité de la vésicule et obstruent plus ou moins les canaux biliaires ». Dans notre statistique nous rencontrons le papillome 18 fois sur 30 cas de tumeurs bénignes. Leur siège est le suivant : 15 dans la vésicule et 3 dans le cholédoque.

ASPECT MACROSCOPIQUE. — Presque tous les auteurs insistent sur l'exiguïté des dimensions du néoplasme et sur sa limitation. Dans la plupart des cas, en effet, on a affaire à une petite tumeur bien limitée et faisant saillie dans les voies biliaires. Ces petites tumeurs sont de volume très variable, mais ordinairement très minime. Elles offraient les dimensions d'un pois ou d'une noisette (Chappet), d'une aveline (Tédenat). Ces tumeurs sont d'ordinaire insérées par une base sessile ; elles peuvent même affecter un aspect un peu polypeux et pédiculé. Parfois le pédicule est rompu et la masse flotte ou roule, à la façon d'un calcul. Tel fut le cas adressé par le Dr des Vœux (1) au Dr Hallingham qui trouva un calcul de cholestérine pur attaché à l'une de ces masses villeuses, de coloration rouge. Un cas à peu près analogue est fourni par l'observation de Pozzi où la tumeur fut expulsée dans les selles en même temps que disparaissaient les symptômes d'un ictère foncé, par rétention.

Les papillomes sont donc des tumeurs végétantes. Elles consistent en un ou plusieurs bouquets de papilles ou

(1) Cité par Rolleston.

de villosités qui s'implantent par touffes sur la muqueuse biliaire. Tantôt uniques, tantôt multiples, elles sont molles, friables, se détachant facilement à la curette, se brisant même sous le doigt de l'opérateur. Parfois, elles sont tellement nombreuses, qu'elles tapissent uniformément la surface muqueuse de la vésicule en lui donnant un aspect velvétique. Nous avons ainsi le *papillome diffus* observé chez les malades de Ringel, Dominici, Sand et Mayer.

Il peut se faire encore que la tumeur née en un point des canaux biliaires pousse dans ces mêmes voies biliaires des prolongements papillomateux les remplissant sans adhérer à leur paroi. C'est ainsi que Macphedran (1) a décrit un cas de papillome sortant par l'orifice duodénal du cholédoque et faisant hernie dans la lumière de l'intestin. Krause (2) a de même trouvé à côté d'un cancer du duodénum deux polypes pédiculés qui faisaient saillie à travers l'ampoule de Vater.

La villosité papillaire qui plisse la muqueuse prend une forme qui varie dans les différents cas. Tantôt elle est lamelleuse, tantôt conique, tantôt renflée en massue. Nous les avons vues très ramifiées, anastomosées ou accolées en forme de membrane. De coloration rougeâtre à l'état frais, à cause des nombreux vaisseaux qui la parcourent, elle se laisse teinter plus ou moins en jaune sur le cadavre.

ÉTAT DES VOIES BILIAIRES. — La vésicule est parfois augmentée de volume, parfois rétractée ; elle peut con-

(1) *Sajous Annual*, 1899. Vol. IV, p 482. Cité par Rolleston.

(2) *Ein Fall von Primäre Krebs des Duodénums. Inaug. Diss. Kiel*, 190, cité par Konjetzny.

tracter des adhérences avec les organes voisins. Elle contient généralement un ou plusieurs calculs.

Trois fois nous l'avons trouvée distendue par un liquide muqueux ; de la grosseur d'un œuf de poule chez le malade de Sand et Mayer, d'un œuf d'autruche chez le malade de Ringel, elle était très allongée en forme de poire chez le malade de Dominici. Dans le cas de Hausson elle était grosse comme un poing ; elle atteignait le volume de deux poings dans l'observation de Volmer. Dans tous les autres cas la vésicule biliaire était de volume normal et contenait de la bile plus ou moins altérée, parfois mélangée à du sang lui donnant une teinte brun chocolat, ou à des fragments de la masse néoplasique nageant dans le liquide. (obs. IX).

La présence de calculs a été signalée dans 13 cas de papillomes. Huit calculs facettés se trouvaient dans la vésicule de Ringel ; trois calculs dans le cholédoque (obs. XV) de la grosseur d'une noisette ; un gros calcul de 2 cm. de diamètre (obs. V) ; un calcul enchatonné du cholédoque au contact de la tumeur chez un malade de Rolleston. Ces calculs suivant leur siège et leur volume peuvent être une cause d'obstruction complète des canaux excréteurs de la bile (obs. XVI), produisant en même temps une dilatation des voies biliaires en amont ou une distension vésiculaire. Dans les cas de Ringel et Dominici, il est très probable que l'hydropisie vésiculaire constatée était due à des masses papillomateuses très fragiles qui s'étaient détachées dans le cours de la maladie et avaient formé un embolo à l'embouchure du canal cystique. C'est là un accident sur la possibilité duquel Zellhuber a attiré l'attention. Chez un malade

de Wilks et Moxon, cité par Rolleston, les conduits biliaires étaient dilatés à tel point que l'on aurait pu les comparer au volume d'une tête d'enfant ; cette obstruction était due à de nombreuses excroissances papillaires implantées sur la muqueuse du cholédoque. Layenson rapporte des cas de kystes du cholédoque ayant eu pour pathogénie dans deux cas une obstruction par un polype muqueux, dans un cas par un papillome.

Par leur siège, par leur volume, par la présence de calculs qui généralement les accompagnent, les tumeurs bénignes sont donc une cause d'obstruction plus ou moins complète des voies biliaires.

STRUCTURE HISTOLOGIQUE. — Pour nous rendre un compte exact de la structure du papillome nous étudierons successivement :

1° Une zone épithéliale constituée par une assise de cellules, avec ses prolongements glanduliformes.

2° Une zone conjonctive et vasculaire, servant de soutien.

Tels sont, en effet, les deux éléments bien distincts qui constituent notre néoplasme et que l'on voit nettement quand on examine une coupe colorée à l'hémaloxylène-éosine ou suivant la méthode Weigert qui montre les fibres élastiques.

1° *Description des éléments épithéliaux.* L'élément épithélial, formé partout d'une seule couche de cellules reposant sur une membrane basale revêt successivement les différentes parties du tissu conjonctif. Il recouvre exactement les ramifications papillaires, pénètre dans tous les enfoncements et les culs-de-sac, mais s'arrête là, comme si la membrane basale était pour

lui infranchissable. En général on trouve cette membrane intacte en tous points ; on n'observe aucune cellule épithéliale libre dans le tissu conjonctif, aucun bourgeon prenant directement contact avec les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. La muscularis-mucosae dans les parties profondes du néoplasme n'est jamais dépassée.

Dans les parties avoisinantes de la tumeur on peut apercevoir l'aspect normal de l'épithélium de la vésicule. Celui-ci est constitué par de nombreuses glandes qui pénètrent dans la muqueuse. Peu à peu on voit celles-ci augmenter de nombre et de volume, et l'on tombe enfin en plein papillome. Là ce sont des villosités que nous avons sous les yeux ; entre ces villosités il existe des espaces vides, très irréguliers comme forme et comme dimensions, variant suivant la forme de la papille elle-même qui peut être ramifiée, pointue, ou arrondie en massue.

L'assise de cellules épithéliales qui les tapisse est toujours simple, régulière, composée d'éléments hauts, cylindriques, avec un noyau qui se colore bien, refoulé dans le tiers inférieur de la cellule et formant avec ceux des cellules voisines une ligne ininterrompue et sombre. Ça et là quelques cellules caliciformes, à mucus.

2° *Description des éléments conjunctivo-vasculaires.*
Le tissu de soutien est composé de fibres musculaires en petit nombre, de tissu conjonctif et de vaisseaux. Il constitue la partie centrale du pédicule, ainsi que tout ce qui sépare les tubes épithéliaux. L'élément conjonctif provenant du développement du chorion est assez abondant. On le retrouve plus abondant au-des-

sous de la couche épithéliale. Ça et là quelques fibres élastiques sont disséminées. Fibres musculaires lisses et tissu conjonctif pénètrent ensemble dans l'intérieur de la papille qui constitue la villosité du papillome et parallèlement à son axe, parallèlement aussi aux nombreux vaisseaux qui la traversent.

Dans les parties d'aspect adénomateux il en est de même que dans les villosités. Entre les tubes glandulaires on rencontre quelques éléments musculaires, quelques fibres lisses qui courent ça et là dans le tissu conjonctif. Tout ce tissu est très richement vascularisé par des capillaires dilatés en ampoules et gorgés de sang qu'accompagnent d'assez nombreux lymphocytes, mono et poly-nucléaires.

§ 3. Diagnostic différentiel de la tumeur bénigne et du cancer

Les auteurs qui ont observé jusqu'ici ces tumeurs ont pensé pouvoir leur donner une place à part dans la pathologie. Voyons donc en quoi elles diffèrent des autres néoplasmes avec lesquels il y aurait confusion possible. Peut-on les distinguer assez nettement des lésions desquelles elles se rapprochent ?

Au niveau des voies biliaires on rencontre, en effet, bon nombre de néoformations qui sont saillantes, pédiculées, plus ou moins végétantes : nous voulons parler de certaines tumeurs malignes qui sont très fréquentes, l'épithélioma cylindrique et le cancer vilieux. Lorsque le cancer est suffisamment localisé, formant un bourgeon surélevé sur la muqueuse, qu'il a une surface découpée, papillaire, il peut prendre quelques ressem-

blanches avec les tumeurs que nous venons de décrire. Il en est de même de certaines formes végétantes qui présentent de nombreuses excroissances d'aspect plus ou moins papillaire.

Le diagnostic ne sera pas toujours facile au début d'un cancer, et même à une période assez avancée de la maladie, car dans les deux cas il s'agit souvent d'une petite tumeur très limitée. L'aspect macroscopique est parfois semblable ; l'aspect microscopique peut donner dans le cancer un épithélioma très typique. Un exemple de cette difficulté de diagnostic histologique est représenté par le cas de Chappet, publié dans le *Lyon Médical*, du 3 juin 1894, sous le titre de : « Cancer épithélial primitif du cholédoque ». Rolleston considère ce cas comme un adénome, en raison de l'aspect typique des néoproductions glandulaires qui restent strictement limitées à la muqueuse. En voici l'observation résumée :

« Sujet de 48 ans, mort cachectique avec le tableau de l'ictère par rétention. La paroi interne du cholédoque, qui ne contenait point de calculs, présentait, à 2 ou 3 centimètres de l'ampoule et sur une étendue de 8 centimètres, de nombreuses tumeurs végétantes, molles, blanc rosé, du volume d'un petit pois à une noisette. La muqueuse, dans l'intervalle, n'était pas ulcérée, mais simplement épaissie et hyperémiée. L'examen microscopique pratiqué par M. le professeur Paviot montra des néoformations glandulaires dans la muqueuse : les autres tuniques n'étaient pas envahies ; à peine trouvait-on une ou deux néoformations épithéliales dans la sous-muqueuse ».

Il est en effet un caractère que nous trouvons immé-

diatement dans le cancer : c'est l'infiltration précoce des tissus sous-jacents, l'adhérence très rapide de la tumeur aux couches de la vésicule, qui donnent à toute la masse sa dureté caractéristique.

Si nous examinons maintenant la différence que l'on trouve dans la texture de ces deux néoplasmes, nous pouvons noter les caractères suivants. D'un côté, nous avons des épithéliums ayant une grande tendance à garder des formes absolument régulières. Ces épithéliums, ne subissant pas de modifications fondamentales, sont alignés sur des axes conjonctifs obéissant à une orientation véritable, laissant les couches inférieures des tissus libres de tout envahissement néoplasique, sans formation de bourgeons pleins, ni de masses isolées au milieu des tissus.

De l'autre, les formations atypiques sont assez fréquentes : elles sont presque la règle dans les cas avancés. Les coupes nous montrent des tubes plus ou moins irréguliers, des cavités plus ou moins infléchies, à contours sinueux, irréguliers, sans aucune orientation, pénétrant au hasard dans les couches profondes, formant ça et là des boyaux épithéliaux pleins, désorganisant les tissus qu'ils envahissent. Si nous regardons d'un peu plus près les formes cellulaires, nous verrons que les cellules dans la tumeur cancéreuse n'ont aucune tendance à garder un type normal, bien défini ; les cellules mucipares disparaissent ; dans beaucoup de cas, les éléments deviennent irréguliers. Les formes de division sont souvent anormales et très nombreuses.

Quelles sont les relations qui peuvent exister dans les deux cas entre la tumeur et les organes voisins ? Dans la

tumeur bénigne, les adhérences sont rares ; quand elles existent, elles sont dues à la lithiase qui les complique. Elles sont très fréquentes au contraire dans le cancer, et si l'on excepte les cancers limités à la paroi vésiculaire, très souvent, le chirurgien tombe au milieu d'un réseau très serré englobant la vésicule cancéreuse ; celle-ci est bosselée, à parois épaissies, sclérosées, blanchâtres ; dans la tumeur bénigne, la vésicule est lisse, molle, rénitente, sans perception de noyaux durs à sa surface, et le plus souvent parfaitement libre.

§ 4. Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques communs
qui les rapprochent ?

Il est un fait que nous avons signalé dans notre description anatomo-pathologique et qui se retrouve aussi dans l'étude du cancer des voies biliaires : la vésicule étant ouverte, les canaux biliaires étant explorés, on constate le plus souvent, dans les deux cas, la *présence de calculs biliaires* à leur intérieur. Nous les avons trouvés dans 16 des observations, ce qui donne une proportion de 53 % environ ; le cancer de la vésicule s'accompagne 95 fois sur 100, d'après Zenker, de calculs biliaires. Ne pouvons-nous pas penser que la lithiase que l'on constate dans ces deux affections peut conduire à la formation d'une tumeur bénigne, adénome ou papillome, absolument comme, dans le cancer, elle conduit à la formation du néoplasme ? Et ne pourrions-nous pas partir de cette idée pour supposer que la tumeur bénigne serait peut-être bien un mode de début

de la lésion cancéreuse, conditionnée par l'irritation chronique due au calcul ?

La *transformation maligne* de cette lésion adénomateuse apparaît relativement fréquente. Ménétrier a décrit en détail les points de passage de cette évolution, à propos de deux observations (obs. IV et V) : « A côté des points où la muqueuse a conservé sa disposition normale, d'autres, au contact des calculs, ont pris les caractères de l'hyperplasie adénomateuse ; les culs-de-sac glandulaires sont augmentés de volume et se ramifient secondairement ; ils sont tous tapissés d'un épithélium cylindrique régulier. Un degré de plus et l'évolution maligne apparaît ; effectivement, dans les points voisins, on voit naître, mêlés aux tubes glandulaires néoformés, des amas cellulaires pleins, constitués également par des cellules cylindriques, mais de forme moins régulière, à protoplasma plus coloré, ayant perdu l'apparence muqueuse, et qui ne sont pas disposés en revêtement régulier. Dans la couche musculaire sous-jacente, l'on trouve des vaisseaux lymphatiques dilatés, remplis de cellules épithéliales irrégulièrement disposées.

Ainsi, malgré les apparences purement hyperplasiques et adénomateuses de la plus grande partie de la lésion, son évolution cancéreuse se prouve par l'envahissement lymphatique. Cette évolution se fait aux dépens mêmes des glandes hyperplasiées, par prolifération de leur épithélium, qui végète en perdant ses caractères de différenciation, s'infiltré dans le tissu conjonctif et envahit les voies lymphatiques sous-muqueuses et intra-musculaires ; elle paraît bien la continuation du même processus hyperplasique, qui s'est traduit

d'abord par les formations adénomateuses et qui a évolué ensuite vers la malignité, sous l'action continue de la même cause toujours présente, l'irritation traumatique des calculs, et sans être accompagnée de phénomènes inflammatoires d'aucune sorte dans le tissu conjonctif interposé aux tubes glandulaires hyperplasiés ».

Ainsi s'explique, avec la coexistence des cancers biliaires et des calculs, le rôle initial de la lithiase dans la genèse de la néoplasie par l'intermédiaire des formations adénomateuses. M. Pels-Leusden étudie aussi un type de lésions vésiculaires procédant de l'irritation mécanique et inflammatoire due aux calculs et à leurs conséquences locales, lésions non cancéreuses mais toutes prêtes à le devenir. Après avoir passé en revue les faits connus de tumeurs végétantes de la vésicule, il en vient à conclure que, s'il n'y avait dans son cas et dans les observations semblables aucun caractère de néoplasme malin, ces néoformations épithéliales, d'aspect glandulaire, n'en représentaient pas moins une forme de passage ; qu'elles continuaient à proliférer chez son malade alors que toute espèce d'irritation mécanique ou inflammatoire avait disparu et qu'elles témoignaient d'une sorte d'autonomie vitale bien propre, d'après l'auteur, à produire finalement le cancer.

L'observation de Ringel peut être rangée aussi parmi les cas où l'examen microscopique a montré un certain degré de transformation cancéreuse d'un néoplasme histologiquement bénin. A côté des néoformations glandulaires typiques, il existait, en effet, en un point

bien limité des dilatations kystiques situées dans les couches les plus profondes de la muqueuse, envahissant la tunique musculaire et proliférant jusque dans la sous-séreuse au milieu d'une infiltration de petites cellules. « Sans aucun doute, dit l'auteur, il s'agit là d'une dégénérescence maligne des éléments glandulaires néoformés et notre cas représente bien une forme de passage entre le fibrome papillaire bénin et le carcinome. La tumeur vésiculaire que je viens de décrire ici est analogue à certaines tumeurs de la vessie qui ont le nom de papillomes ou de *Zottenkrebs* et qui, d'après Ziegler, sont très fréquents. »

Dans le chapitre sur le fibrome papillaire de la vessie, Orth donne une bonne description de la structure histologique de ces tumeurs et l'on constate de nombreux points de ressemblances avec l'examen microscopique d'un papillome de la vésicule biliaire. Et plus loin, Orth écrit dans ce chapitre : « Il est très probable qu'une tumeur essentiellement superficielle, c'est-à-dire une tumeur papillaire de bonne nature puisse devenir secondairement cancéreuse. J'ai eu l'occasion d'observer une vessie dans laquelle, à côté d'un gros noyau nettement carcinomateux se trouvaient de petites tumeurs papillaires qui en aucun point ne montraient de caractères de malignité. »

Wörner décrit un cas d'adéno-carcinome guéri, ayant eu pour siège la vésicule et à côté duquel se trouvaient deux petites tumeurs polypeuses.

Zenker croit aussi que certains cas de papillomes ou d'adénomes primitifs peuvent dégénérer en adéno-carcinomes. Ce n'est pas là évidemment une particu-

larité qui soit propre aux tumeurs bénignes des voies biliaires; on peut l'appliquer à la majorité des tumeurs bénignes, mais il n'est pas d'organe où l'on soit à même de le constater avec plus de facilité qu'au niveau des voies biliaires; ceci, en raison de la lenteur d'évolution du processus qui permet de saisir histologiquement le point de passage entre la formation bénigne et sa transformation néoplasique maligne.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

S'il est dans le cancer de la vésicule une circonstance étiologique bien établie, c'est qu'il est infiniment plus fréquent chez la femme que chez l'homme. On sait, d'autre part, quels sont les rapports étroits qui unissent la cholélithiase et le cancer des voies biliaires. Nous examinerons donc les conditions relatives au sexe, à l'âge, à la présence et à l'absence de calculs biliaires.

Sexe. — Musser, sur 98 cas de cancer de la vésicule biliaire dans lesquels était noté l'âge des malades, a compté 75 femmes et 23 hommes. Mais il fait remarquer qu'à l'inverse du cancer de la vésicule, le cancer des canaux biliaires paraît être aussi fréquent dans les deux sexes. Or, il est intéressant de savoir si cette même prédisposition existe dans les tumeurs bénignes de la vésicule et du cholédoque. Voici le résultat que donnent 22 observations :

Hommes : 9 cas, dont 6 cas de tumeur de la vésicule,
3 cas de tumeur du cholédoque.
Femmes : 13 cas, dont 10 cas de tumeur de la vésicule,
3 cas de tumeur du cholédoque.

Si notre statistique, basée il est vrai sur un très petit nombre d'observations, a quelque valeur, nous concluons qu'il en est de la tumeur bénigne comme du

cancer : elle se rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme ; plus fréquente dans la vésicule chez la femme que chez l'homme, dans le cholédoque la fréquence est à peu près la même dans les deux sexes.

Age. — Au point de vue de l'âge, le cancer des voies biliaires se rencontre à un âge assez avancé. Voici, pour les tumeurs bénignes, la proportion des cas :

20 à 30 ans	2 cas
30 à 40 ans	2 cas
40 à 50 ans	8 cas
50 à 60 ans	5 cas
76 ans.	3 cas

Lithiase biliaire. — Quant à la concomitance de la lithiase biliaire, des calculs ont été notés 15 fois sur 23 observations. N'est-ce pas une raison suffisante pour leur attribuer une influence dans le développement de la néoplasie. Or, étant données les relations que nous avons établies entre l'influence du sexe et la présence des tumeurs bénignes, on est conduit à admettre que si cette tumeur se rencontre surtout chez la femme, c'est que la lithiase est beaucoup plus fréquente chez elle que chez l'homme. Sans doute la tumeur peut se développer indépendamment de la lithiase ; mais, même dans les cas où l'on ne trouve aucun calcul dans les voies biliaires, on peut, en recherchant avec soin, trouver des antécédents de cholélithiase : par exemple, existence de coliques hépatiques ainsi que cela a été signalé dans quelques observations, ou encore de lésions anatomiques de l'arbre biliaire comme dans l'obs. XXIII où le cholédoque

était dilaté comme si un calcul y avait antérieurement séjourné.

Si dans les rapports de la lithiase et du cancer de la vésicule nous admettons l'influence de l'irritation mécanique dans l'apparition des néoplasmes, le rôle du calcul dans l'étiologie de la tumeur bénigne nous paraît par cela même facile à comprendre. Le processus, d'après lequel les concrétions biliaires arrivent à produire la tumeur, serait le suivant : les petites irritations, le frottement dû au calcul, amènent une inflammation chronique ; il se fait une néoformation vasculaire abondante, et cette vascularisation transitoire devient un terrain favorable au développement exagéré du tissu adipeux, fibreux, adénomateux.

Pour Mettenheimer la tumeur serait le phénomène primitif, et le calcul le phénomène secondaire : le dépôt des substances biliaires et calcaires sur les végétations, puis la mobilisation de celles-ci par rupture de leur mince pédicule, représenteraient autant de facteurs importants dans la pathogénie de la lithiase biliaire. Cette théorie serait analogue à celle du cancer lithogène, qui, on le sait, est soutenue par un très petit nombre d'auteurs.

Infection biliaire. — Dans bien des cas cependant, on ne trouve pas de calcul dans les voies biliaires, et rien ne prouve qu'il y en ait eu. On peut noter alors dans les antécédents de malades des lésions inflammatoires anciennes : ces papillomes ne seraient donc autre chose que des végétations inflammatoires chroniques. C'est ainsi que dans le cas publié par M. Leriche, il y avait, à côté d'un adénome du fond de la vésicule, des

lésions de cholécystite. Dans le cas de Sand et Mayer, on a trouvé à l'opération un ganglion enflammé comprimant le cholédoque. S'il est vrai que la tumeur bénigne constatée au niveau de la vésicule du malade ne pouvait avoir aucun retentissement sur le système lymphatique, comment expliquer alors la présence de ce ganglion ? L'examen histologique en révéla la nature inflammatoire, montrant qu'il ne s'agissait nullement d'une métastase cancéreuse ganglionnaire. Il était donc probable que la vésicule avait été le siège d'un processus infectieux à la suite duquel s'étaient développées les néoformations papillaires qui recouvraient la muqueuse.

M. Pels Leusden émet aussi l'opinion qu'à côté du rôle mécanique joué par le calcul dans la production de tumeurs papillaires, les phénomènes inflammatoires, dus à une infection possible de la vésicule par des germes microbiens, sont très souvent à l'origine du processus. L'observation de M. Robson (obs. XVII) nous en donne une preuve très nette. Il s'agit d'une malade qui présente des accès simulant des crises appendiculaires typiques avec fièvre. A l'opération on trouve une tumeur du canal cystique dont l'examen microscopique montre la nature inflammatoire et nullement cancéreuse ni tuberculeuse. On ne peut nier ici l'existence de phénomènes infectieux qui se sont traduits cliniquement par de la fièvre et anatomiquement par une suppuration de la vésicule.

Cet état d'irritation chronique est manifestement de nature tuberculeuse dans l'une de nos observations, et chez deux autres sujets pour lesquels on ne trouvait aucune raison à l'apparition de la tumeur vésiculaire,

la mort était survenue par tuberculose pulmonaire. On retrouve ici le rôle de la toxémie bacillaire dont M. le professeur Poncet a démontré avec M. Leriche l'importance dans la genèse des tumeurs bénignes en général.

Zellhuber étudie certaines néoformations adénomateuses de la vésicule du veau sous le nom de « cholecystis chronica polyposa » et il arrive à conclure que celles-ci ne sont qu'une manifestation anatomo-pathologique de la cholécystite chronique. Ce n'est d'ailleurs pas là le seul exemple de tumeur bénigne conditionnée par un état inflammatoire antérieur. C'est ainsi que M. Schirchoff (1) admet un certain rapport entre les salpingites anciennes et le développement ultérieur de papillomes bénins de la trompe. Au sujet du polyadénome de l'estomac, les auteurs, frappés de la coexistence des lésions de gastrite chronique avec ces tumeurs et se rappelant le rôle considérable de l'irritation chronique dans la genèse des néoplasies, expliquent le polype par la gastrite : ainsi serait démontré le rôle précis de l'inflammation dans l'étiologie des tumeurs bénignes des voies biliaires.

Malformations congénitales. --- Tout récemment Aschoff et Backmeister ont attiré l'attention sur des formations adénomateuses situées dans la paroi de la vésicule biliaire; pour ces auteurs, elles représenteraient des malformations congénitales, analogues à celles que l'on peut rencontrer à la pointe du diverticule de Meckel. Ce sont des néoproductions glandulaires kystiques tapissées d'une assise de cellules cylindriques normales, avec quelques cellules caliciformes. Elles ont

(1) *Presse Médicale* 1899.

pour siège le fond de la vésicule. Aschoff et Backmeister leur ont donné le nom de « Fundusadenome ». Ils les ont rencontrées dans trois cas : dans deux cas la vésicule ne présentait aucune altération inflammatoire et ce sont ces deux cas qui ont été le point de départ de leur théorie congénitale. Lubarsch, au contraire, conçoit ces formations comme des productions épithéliales hétérotopes et les considère comme la conséquence d'un état inflammatoire antérieur. La constatation de pareilles hétérotopies glandulaires, dit Lubarsch, chez les gens âgés constitue une objection contre la théorie congénitale. Chez le fœtus et le nouveau-né, on n'a jamais constaté de pareilles lésions : ces hyperplasies adénomateuses sont presque toutes sans exception associées à une altération inflammatoire aiguë ou chronique.

Parasites. — A propos des tumeurs du cholédoque nous pouvons signaler ici le rôle que peuvent jouer certains parasites dans le développement de néoformations épithéliales. Chez le lapin en effet, au niveau de leurs voies biliaires intra-hépatiques, il n'est pas rare de trouver des excroissances papillomateuses dues à l'irritation de parasites. les coccidies par exemple. Podwysozki a rapporté un exemple de tumeur des voies biliaires chez l'homme due à des coccidies. Cette étiologie parasitaire nous paraît exceptionnelle en raison de la rareté avec laquelle des parasites ont été rencontrés à l'intérieur des canaux biliaires de l'homme ; la lithiase et l'infection biliaire représentent donc les deux causes les plus fréquentes du développement des papillomes.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Une description clinique des tumeurs bénignes des voies biliaires est chose difficile parce que le début de cette affection passe souvent inaperçu, parce que cette lésion est peu fréquente et que presque tous les cas connus ont été diagnostiqués sur la table d'opération ou à la vérification nécropsique. Faure et Labey, dans le traité de chirurgie (collection Le Dentu et Delbet, article : Les Tumeurs des voies biliaires), s'expriment en ces simples termes : « Les tumeurs bénignes sont extrêmement rares. Les quelques cas de fibromes, papillomes et surtout polypes muqueux qui ont été publiés et qui, lorsqu'ils ne sont pas des trouvailles d'autopsie, ne se signalent guère que par les accidents de lithiasé qui les compliquent, n'ont pas plus d'intérêt pour le chirurgien qui n'en a que faire que pour le clinicien qui les méconnaît ». Le but du présent chapitre est donc d'insister sur ce fait que, en réalité, la tumeur bénigne est ignorée au point de vue symptomatologique et diagnostique. En effet, dans les observations cliniques les mieux établies, nous ne trouvons rien que raisonnablement on puisse considérer comme signe pathognomonique de cette affection. Les symptômes cliniques se confondent surtout avec ceux de la lithiasé qui les accompagne et qui les conditionne ; on ne diagnostique pas une tumeur

bénigne des voies biliaires, mais on la découvre au cours d'une intervention pratiquée en vue de la libération d'un calcul.

En analysant au point de vue clinique les observations rassemblées à la fin de ce travail, nous avons cru pouvoir les diviser en trois groupes :

1^{er} groupe. — Il n'y a pas de symptômes ;

2^e groupe. — Les symptômes relèvent de la lithiasé ;

3^e groupe. — Il existe des symptômes particuliers dus au siège, à l'étendue et au volume de la tumeur.

1^o PAS DE SYMPTOMES. — Il s'agit le plus souvent d'un malade qui avait été traité pour une affection quelconque. Aucun symptôme n'avait attiré l'attention du côté de la vésicule ou du cholédoque ; à l'autopsie on découvre, après ouverture des canaux biliaires, une tumeur dont rien n'avait pu faire supposer la présence. Dans les obs. IV et V le malade succombe à une affection des bronches, à la tuberculose pulmonaire dans l'obs. XXV ; la pièce qui figure sous le n^o 1404, au Guys' Museum, provient d'un malade mort de tuberculose ; dans les obs. III et XXIV, le sujet meurt d'affection cardiaque ; c'est à l'autopsie d'un dysentérique que Mettenheimer décrit sa vésicule tapissée de végétations papillaires. Les obs. I et II, pour lesquelles une laparotomie exploratrice avait été faite, n'avaient donné aucun signe du côté des voies biliaires.

2^o SYMPTOMES LITHIASIQUES. — Deux symptômes sont ici prédominants : *douleur* et *l'ictère* (obs. VIII, X, XV, XVI, XVIII).

Le début est presque toujours latent : tantôt le malade éprouve de vagues douleurs dans l'abdomen, ou

bien une sensation de pesanteur, de gêne dans l'hypocondre droit; tantôt ce sont des troubles digestifs qui annoncent le début de la maladie. Le plus souvent enfin ce sont de véritables crises de coliques hépatiques qui se produisent à des époques variables avec douleurs irradiées dans les flancs ou la colonne vertébrale.

La douleur spontanée est parfois très intense. Dans l'obs. I, le malade tenta de se suicider pour y échapper. Elle était due à la présence d'un calcul dans le cholédoque. L'ictère, déterminé par l'oblitération des voies biliaires par le calcul, apparaît brusquement, évoluant par poussées successives, dont le maximum d'intensité correspond aux crises douloureuses, avec rémission dans l'intervalle des crises. Nous n'insisterons pas sur les symptômes qui accompagnent l'ictère par rétention en général et qui peuvent être ici plus ou moins nets; nous voulons parler des troubles digestifs, urinaires, de l'amaigrissement et du prurit.

3° SYMPTOMES PARTICULIERS AU SIÈGE, AU VOLUME, A L'ÉTENDUE DE LA TUMEUR. — Ce groupe de faits se caractérise par *une modification du côté de l'installation et de l'évolution de l'ictère*, et par l'apparition *d'une tuméfaction de l'hypocondre droit*, dans la région vésiculaire.

a) *Au siège.* — Il se peut en effet que la tumeur bénigne, ayant pour siège le canal cholédoque, soit assez volumineuse pour produire elle-même une obstruction complète des voies biliaires; au lieu d'être intermittent, l'ictère est alors progressif, et il n'existe pas de phénomènes douloureux (obs. XIX). Par la stagnation de la bile au-dessus de l'obstacle, les voies biliaires sont distendues, et la vésicule dilatée est perçue à travers la

paroi abdominale (obs. XVIII, XIX). Dans l'observation de Pozzi (XX), l'ictère s'était installé rapidement et avait disparu subitement en même temps que l'on constatait dans les selles une masse polypeuse que l'auteur supposait provenir du cholédoque. A vrai dire, il est difficile d'expliquer l'apparition soudaine de cet ictère par la seule présence d'un polype à développement progressif. Toutefois il serait possible que l'aspect clinique dans ce cas résultât d'un accroissement rapide d'un néoplasme, jusque-là de petites dimensions, latent et n'ayant donné aucun symptôme. On pourrait aussi avec Zellhuber envisager l'hypothèse d'un polype pédiculé de la vésicule biliaire qui se serait détaché après rupture du pédicule et que la bile aurait chassé dans le canal cholédoque.

b) *Au volume*. Il est exceptionnel que la tumeur soit suffisamment volumineuse pour pouvoir être perçue à travers le paroi abdominale. Dans l'obs. VII, le néoplasme avait acquis un développement tel que la vésicule se présentait à la palpation comme une tumeur large et ronde, des dimensions d'une tête d'enfant.

c) *A l'étendue*. Plus souvent la vésicule est distendue par du mucus ou de la bile : cette tumeur vésiculaire résulte du développement de proliférations papillaires sur toute la surface muqueuse, oblitérant l'orifice du col et transformant ainsi la vésicule en un kyste papillifère (obs. IX, XI, XII). De grosseur variable, du volume d'un œuf de poule (obs. XII), de deux poings, elle est cylindrique ou ovoïde, en forme de poire, rappelant par sa forme celle de la vésicule ; elle est de consistance ferme, élastique : régulière, elle ne présente pas de bosse-

lures à sa surface. Mate à la percussion, il n'existe aucune zone de sonorité entre elle et la matité hépatique. La palpation permet de la localiser sur le bord externe du grand droit, sous le rebord inférieur du foie. La tuméfaction se mobilise avec le foie dans les mouvements respiratoires et aussi dans le sens latéral, car elle est le plus souvent libre d'adhérences.

Diagnostic. — En somme, l'analogie est grande entre l'histoire clinique des néoplasies de la vésicule et celle des canaux biliaires, et dans l'un et l'autre l'absence d'un signe caractéristique empêche d'affirmer d'une façon positive l'existence du néoplasme. Les tumeurs des voies biliaires et en particulier les tumeurs bénignes ont à peine une symptomatologie propre. Liées intimement à la *lithiase biliaire*, elles n'ont le plus souvent pas d'autre histoire que cette dernière, et nous n'avons pas à reprendre ici tous les symptômes qui caractérisent la présence d'un calcul dans une vésicule ou l'obstruction calculueuse du cholédoque. L'intervention exige quelquefois l'exploration la plus minutieuse de l'appareil biliaire et c'est au cours de celle-ci que seront découvertes ces intéressantes lésions.

D'autres fois la perception d'une tumeur vésiculaire kystique dans l'hypocondre droit, associée ou non à l'installation d'un ictère à allures progressives, fera penser à une obstruction néoplasique du canal cholédoque, de l'hépatique et du cystique. Les tumeurs siégeant sur le trajet des canaux biliaires déterminent en effet des accidents de rétention qui sont communs à toutes les variétés d'oblitération des conduits excréteurs de la bile. Les calculs ou les corps étrangers enclavés

dans l'hépatique et le cholédoque, les compressions par une tumeur de voisinage aboutissent aux mêmes troubles fonctionnels, au même tableau symptomatologique. Mais si, dans certains cas, on peut diagnostiquer que l'on a affaire à un néoplasme, il est absolument impossible d'en préciser la nature bénigne ou maligne.

Le diagnostic positif n'étant possible qu'à l'intervention, il ne peut qu'en être de même du diagnostic différentiel, et aussi du pronostic. Cette lésion histologiquement bénigne n'en est pas moins maligne par son siège, son volume, son étendue. Dans les cas où elle se manifeste par des symptômes de rétention biliaire, la mort peut survenir du fait de cette obstruction (obs. XXVII). Dans ces cas il est logique de penser qu'on peut rendre service au malade et prolonger son existence en dérivant le cours de la bile accumulée derrière l'obstacle. Et de fait c'est dans cette rétention biliaire que les indications opératoires trouvent leur raison d'être.

TRAITEMENT

Nous serons brefs sur ce chapitre du traitement. Pour une maladie cliniquement très difficilement décelable, la thérapeutique n'est pas chargée. Cependant, certaines conditions décident le chirurgien à intervenir : ce sont les douleurs accentuées que l'on attribue à de la lithiase, l'ictère chronique, très foncé, et l'affaiblissement du malade. Ou bien l'on pense à quelque chose de malin et une laparotomie exploratrice est faite.

S'il trouve une vésicule distendue, le chirurgien la ponctionne et l'incise pour se rendre compte de ce qui se passe à son intérieur. Le plus souvent, il tombe sur des masses nettement papillomateuses, soit libres, soit adhérentes à la muqueuse vésiculaire, de consistance molle, sans noyaux durcissant la paroi : la vésicule contient en outre un ou plusieurs calculs. Il se trouve alors en face de deux conduites à tenir.

1° Après avoir pratiqué la cholécystotomie, il aboutit à la peau la plaie vésiculaire, créant ainsi une fistule permanente.

2° Il extériorise la vésicule et l'extirpe : il fait la cholécystectomie, (obs. de Ringel, Dominici, Sand et Mayer).

Dans l'observation de Pels-Leusden, on s'en tint à la cholécystostomie qui avait été pratiquée comme procédé

d'exploration, car l'état général du malade paraissait contre-indiquer une plus grosse intervention. Le malade d'ailleurs fut considérablement amélioré par ce traitement : les forces revinrent peu à peu et il ne persista plus qu'une fistule biliaire par laquelle s'écoulait librement la bile.

A notre avis, ce procédé ne constitue pas une méthode de choix.

Ou bien la tumeur bénigne est trop petite pour donner une symptomatologie appréciable ; dans ce cas, le chirurgien qui ne la diagnostique pas n'a pas à intervenir.

Ou bien la tumeur est étendue et a donné des symptômes de rétention biliaire : la meilleure conduite à tenir est alors la cholécystectomie, Nous avons vu, en effet, que même lorsqu'il n'y a aucun caractère de néoplasme malin, ces néoformations glandulaires, connues sous le nom de bénignes, n'en représentent pas moins, dans certains cas, une forme de passage. Le danger de transformation néoplasique que créent ces lésions bénignes encore de la muqueuse vésiculaire est une indication pour enlever ces vésicules chroniquement enflammées, alors même que cette altération n'est pas encore trop étendue.

D'autre part, en présence d'accidents douteux de la vésicule, lorsqu'il s'agit d'un sujet âgé, présentant dans ses antécédents des accidents de lithiase biliaire, l'idée de cancer doit se présenter naturellement à l'esprit. Il n'est pas toujours facile de reconnaître sur la table d'opération la nature d'une néoformation suspecte. Nombreux sont les exemples dans lesquels la cholécys-

l'ostomie fut pratiquée sur des vésicules qu'on ne croyait pas atteintes de cancer ; dans presque tous les cas on s'est contenté d'extraire de leurs cavités des calculs et souvent des débris suspects de la muqueuse qui les tapissait. C'est l'examen histologique qui après l'opération révélait la nature néoplasique et maligne de ces lésions. Il ne faut donc pas attendre pour intervenir. Mieux vaut enlever une vésicule atteinte d'une lésion bénigne que de méconnaître un cancer.

D'ailleurs, ne se trouve-t-on pas dans les meilleures conditions possibles pour faire une bonne opération ? Ici, la lésion est locale, ne dépasse pas la paroi de la vésicule et les adhérences aux organes voisins sont généralement absentes. Enfin, ce ne sont pas à des sujets débilités, cachectiques que l'on a affaire, mais à des malades dont l'état général est relativement bien conservé. Dans les cinq cas dont nous rapportons les observations, les suites opératoires furent excellentes et la guérison complète.

Pour ce qui a trait au traitement des tumeurs bénignes du canal cholédoque, la cholédocectomie avec abouchement des voies biliaires dans le duodénum fut pratiquée une fois par M. Tedenat. Elle nous paraît, pour les raisons indiquées au sujet de la vésicule, l'opération de choix.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Malade du service de M. le Professeur PIC. Adénome de la vésicule biliaire : néoformations glandulaires à tendance kystique, au voisinage d'un nodule tuberculeux épithélioïde (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juin 1913).

Note clinique : Il s'agit d'une femme de 48 ans qui souffrait depuis trois ans de troubles dyspeptiques avec syndrome hyperchlorhydrique ; peu à peu, apparurent des signes de dilatation gastrique avec clapotage, ondes péristaltiques, puis vomissements survenant plusieurs heures après les repas. Le diagnostic clinique était celui d'ulcus avec sténose pylorique. La lésion gastrique était considérée comme étant de nature bacillaire en raison des signes pulmonaires concomitants : Induration du sommet droit, expectoration, obscurité du sommet à la radioscopie, avec traînées ganglionnaires, état général mauvais.

En présence de douleurs de plus en plus vives et de la dénutrition progressive, une intervention est proposée. Une gastro-entérostomie postérieure au bouton améliore nettement l'état de la malade en faisant disparaître les douleurs et en permettant l'alimentation. Mais les symptômes réapparaissent trois mois après : douleurs gastriques et signes de sténose pylorique. L'aspect de la malade est très cachectique.

Une seconde opération pratiquée quelques mois après montre un estomac très distendu. La première bouche anastomotique est réduite au volume d'une plume d'oie et presque totalement oblitérée par des bourgeons muqueux exubérants. On résèque au bistouri les lèvres de cette ancienne anastomose et on établit à la suture une nouvelle communication très large gastro-jéjunale. Le pylore est cicatriciel et a été certainement le siège

d'un ancien ulcus, actuellement complètement éteint. Son aspect un peu spécial fait songer à la tuberculose. Tout autour il existe des signes de réaction péritonéale ancienne (taches nacrées, adhérences fibreuses s'étendant sous le foie). On explore alors la région sous-hépatique et on extériorise la vésicule.

Celle-ci est libre et le volume normal, mais sur le fond même on aperçoit un épaissement des tuniques de l'organe, sur une surface large comme une pièce de 50 centimes environ. Il y a surélévation sous-péritonéale par une véritable petite tumeur, qui est dure, bien circonscrite et siège en pleine paroi vésiculaire. L'ablation en est pratiquée par excision large au ciseau, car on soupçonne la nature bacillaire de la lésion. La malade, qui avait été opérée malgré une température élevée, présente les jours suivants une expectoration purulente, puis un épanchement à la base droite ; une ponction ramène un peu de pus qui ne renferme pas de bacilles de Koch. Quelques jours après, un point de côté intolérable attire l'attention et l'on constate les signes d'un pyo-pneumothorax. Cachexie progressive et mort.

Examen histologique. — L'épithélium de surface paraît en général conservé ; il est formé d'une seule rangée de cellules cylindriques, moins élevées que celles des éléments glandulaires avec un noyau basal.

Les glandes de la surface sont pour la plupart disposées en doigt de gant. Leur lumière est étroite ; elles sont tapissées régulièrement d'une seule couche de cellules cylindriques hautes, à protoplasma très clair ; le noyau est situé à la partie profonde. Entre ces formations glandulaires, le tissu conjonctif sous-épithélial végète et soulève l'épithélium qui forme de petites villosités papillaires.

Au-dessous, la sous-muqueuse renferme quelques vaisseaux et de petites cellules rondes qui tendent à se grouper. Puis apparaissent les faisceaux musculaires à disposition irrégulière, plexiforme, plus épais, semble-t-il, que normalement. C'est à la partie inférieure de cette couche musculaire que se localise le noyau adénomateux, lequel s'étend jusqu'au contact de la couche sous-péritonéale. Cette dernière est épaissie, formée de trousseaux

fibreux, denses, renfermant de nombreux vaisseaux dilatés et peu d'éléments cellulaires inflammatoires.

Le noyau adénomateux est constitué par trois éléments : le stroma fibro-musculaire, les formations glandulaires, un nodule tuberculeux.

Le stroma fibreux apparaît très vasculaire ; on y rencontre de nombreux capillaires gorgés de sang et quelques artérioles. Il est formé de fibres et de cellules conjonctives auxquelles s'ajoutent quelques éléments leucocytaires. Des pinceaux de fibres musculaires, émanés de la couche sus-jacente, circonscrivent le noyau adénomateux irrégulièrement.

Les néoformations glandulaires sont assez nombreuses et de dimensions très variables. On en compte environ une dizaine sur chaque préparation. Les unes sont très réduites et n'ont qu'une lumière virtuelle, l'épithélium de revêtement des deux faces venant au contact ; d'autres se présentent sous la forme de petits tubes à section circulaire, à lumière perceptible, mais encore très étroite ; quelques-unes émettent des diverticules et prennent l'aspect étoilé ; plusieurs ont une lumière très large, d'aspect véritablement kystique.

Toutes ces néoformations sont tapissées d'épithélium cylindrique, absolument analogue à celui des glandes de surface, toujours réduit à une seule couche de cellules, formée d'éléments élevés, à protoplasma clair et à noyaux disposés très régulièrement à la base même de l'élément où ils dessinent une ligne sombre qui double la membrane d'enveloppe. Dans les formations kystiques, l'épithélium est un peu plus aplati.

Au contact immédiat de la formation adénomateuse, se trouve un volumineux nodule tuberculeux, qui doit être véritablement considéré comme la cause première de la réaction hyperplasique avoisinante. Il est situé en pleine musculature, à la limite supérieure des néoformations glandulaires, entouré de toutes parts par des fibres musculaires lisses plexiformes. Il est constitué par un amas de petites cellules rondes réduites au noyau, d'aspect lymphocytaire. Au centre du nodule, les éléments changent de caractère ; leur protoplasma devient plus abondant et ils revê-

tent tout à fait l'aspect de cellules épithélioïdes les mieux caractérisées. Il n'y a pas de cellules géantes. En d'autres points, on rencontre en plein noyau adénomateux, de petits amas de cellules rondes disposées en nodules, mais dont le centre n'a pas subi l'évolution épithélioïde.

OBSERVATION II

Cas observé dans le service du professeur PONCET, par les D^{rs} LERICHE et DUFOURT, in *Lyon Médical*, 8 juin 1913. — Adénome de la vésicule biliaire. Cholécystite. Pas de calcul. Cholécystectomie.

Il s'agissait d'une malade de 43 ans. R. Victorine, entrée à la salle Sainte-Marie, le 25 février 1913. Très bien portante auparavant, elle accuse depuis une dizaine d'années, consécutivement à une quatrième grossesse, des troubles bizarres : arthralgies fugaces, douleurs lointaines, palpitations, faiblesse générale, état de nervosité excessive. Elle se plaint aussi de troubles urinaires ; pollakiurie, rareté habituelle des urines, avec parfois de grandes débâcles d'urine claire.

Cependant la malade n'apparaît pas sensiblement amaigrie, ni affaiblie : depuis le début de son affection, elle a parfaitement supporté deux grossesses. Elle a conservé l'appétit, mange et digère bien, quoi qu'elle en dise. L'examen somatique reste complètement négatif : rien au cœur, rien aux poumons. A peine peut-on sentir un rein droit légèrement abaissé, qui semble de volume normal.

Réclamée avec insistance par le malade, la laparotomie exploratrice est faite le 7 mars 1913. Elle ne montra rien qu'une petite tumeur du fond de la vésicule, du volume d'une noix environ. On fit alors la cholécystectomie suivant le procédé habituel : section et ligature de l'artère, puis du canal cystique et décollement de la vésicule. Sur la pièce enlevée, on peut constater qu'il s'agissait d'une petite tumeur incluse dans la paroi, d'aspect bénin.

L'examen histologique, pratiqué par MM. Cotte et Blanc-Perdrucet, montre dans la vésicule un léger degré de cholécys-

tite chronique. La tumeur est un adénome constitué par un noyau central muqueux avec de nombreux et volumineux tubes glandulaires, près de la moitié de l'épaisseur totale.

OBSERVATION III

Petit adénomyome de la vésicule biliaire, in *Glasgow medical Journal*, septembre 1898, p. 215 (D^r SUTHERLAND).

Comme le montre la figure qui accompagne l'article, il s'agit d'une tumeur très petite et bien limitée qui mesure 1 cm. de longueur sur 8 mm. de largeur et s'élève au-dessus de la surface muqueuse de la vésicule biliaire d'environ 6 mm. Au milieu de cette excroissance, on remarque une cupule au centre de laquelle se trouve un petit orifice à peine visible à l'œil nu. A l'état frais, la tumeur présente à la section une couleur blanc-jaunâtre à reflets brillants. Sa consistance en est relativement ferme, et l'ensemble est mobile légèrement sur la muqueuse.

A l'examen microscopique, cette excroissance envahit la sous-muqueuse et la zone musculaire. La trame histologique du tissu consiste en bouquets de fibres musculaires lisses qui courent dans toutes les directions et que sépare en logettes du tissu fibreux. Au sein de ce tissu musculaire et fibreux, on remarque des intervalles clairs, à contours irréguliers. L'épithélium, qui borde ces espaces, est nettement cylindrique, et ces espaces contiennent non seulement des débris épithéliaux, mais des noyaux isolés et des débris granuleux. Un des plus larges espaces que nous qualifierons volontiers de plage glandulaire communiquant avec la surface, c'est-à-dire avec la cavité de la vésicule biliaire, par le pertuis que nous signalions plus haut.

Le malade était un homme de 25 ans qui succomba à une crise d'angine de poitrine. L'autopsie permit de constater un athérome très net des artères coronaires, avec quelques formations fibreuses dans le ventricule gauche.

Les tumeurs bénignes de la vésicule biliaire sont, je l'avoue, rares, et pour ma part, je n'ai pu trouver de cas semblable au mien dans la littérature médicale.

OBSERVATION IV

MÉNÉTRIER. — *Traité Brouardel et Gilbert*. Article : le Cancer, p. 174. Adénome de la vésicule en voie de transformation maligne.

Femme de 76 ans, morte de bronchite capillaire. A l'autopsie, la vésicule était remplie de calculs et on y voyait de petits épaisissements de la muqueuse, un groupe de petites végétations arrondies, hémisphériques, peu élevées, molles : la plus grosse, légèrement polypeuse, atteignant à peine les dimensions d'un grain de chènevis.

A l'examen histologique, ces lésions apparaissent constituées par une hyperplasie glandulaire diffuse de la muqueuse, typique au niveau des mamelons plats, déjà plus atypique au niveau de la petite végétation polypeuse. Il s'agit d'un adénome en voie de transformation maligne.

OBSERVATION V

MÉNÉTRIER. — (l. c.), p. 176. Adénome du cholédoque en voie de transformation maligne. Gros calcul dans le canal.

Une femme de 76 ans, morte de broncho-pneumonie, avait souffert pendant de longues années de l'hypocondre droit. On trouve à l'autopsie un cholédoque très dilaté qui renfermait un gros calcul de près de 2 cm. de diamètre : celui-ci, rond comme une bille, arrêté par l'orifice duodénal de l'ampoule, était néanmoins libre comme le battant d'un grelot dans la cavité élargie du canal, laissant passer la bile, car il n'y avait pas d'ictère permanent.

La paroi du cholédoque paraissait, dans sa région inférieure et sur une hauteur de 2 cm, rugueuse et épaissie, tranchant nettement avec l'apparence parfaitement lisse de la muqueuse des portions supérieures du cholédoque.

L'examen histologique montre que cet aspect est dû à une hyperplasie glandulaire générale, engendrée au contact du calcul. Non seulement la couche glandulaire s'épaissit, mais sa sur-

face devient végétante et les tubes glandulaires hyperplasiés se ramifient dans l'épaisseur de la couche musculaire. Ceci n'est pas un critérium d'envahissement néoplasique dans les voies biliaires, les glandes se trouvant dans la couche musculaire même.

OBSERVATION VI

SCHUPPEL. — *Die Krankciten der Leber und Gallenwege in Ziemsen's Handbuch der speziellen Pathol.u. Ther.* Leipzig, 1880. T. VIII, p. 68, Myxome papillaire. Petite vésicule, à contenu muqueux. Hypertrophie de la couche musculaire.

La vésicule d'une femme âgée de 50 ans était considérablement atrophiée ; sa paroi présentait une tuméfaction molle. Toute la vésicule était de consistance dure ; cette dureté était due à un épaissement diffus de la paroi et aussi à la présence de masses papillaires, qui comblaient sa cavité. Le tissu papillaire se composait de nombreuses villosités ramifiées, fines, molles, muqueuses, transparentes, quelquefois opaques ; entre elles, il n'y avait aucune trace de bile, mais du mucus. Au microscope, la villosité montre un stroma riche en capillaires sanguins ectasiés et une couche de cellules cylindriques, basses, régulières.

OBSERVATION VII

Une tumeur non décrite et qualifiée de bénigne occupant la vésicule biliaire, par STANMORE BISHOP, de Manchester. (LANCET, 13 juillet 1901).

Il s'agissait d'une femme de 42 ans, envoyée à Ancoats Hospital, par le docteur Harnburn, de Buxton. C'était une femme superbe, d'une santé florissante, d'un certain embonpoint, et dans des conditions parfaites, au point de vue état général. Elle n'avait pas eu d'enfants, ni fausses couches, et ses règles furent toujours normales, jamais exagérées. Mais voici que depuis 2 ans, elle présentait presque chaque semaine de véritables crises bilieuses,

qui ne furent jamais sévères, qui ne se traduisirent que par de la jaunisse très passagère et qui disparut très rapidement. Elle souffrait d'une douleur difficile à localiser avec sensation de pesanteur à l'épigastre et dans l'hypocondre droit, qui descendait très bas dans l'abdomen. Au-dessous du foie, montant et descendant avec la respiration, apparut une tumeur large et ronde, dont la matité continuait celle du foie. Aucun symptôme urinaire. Pas de douleur en bretelle. Pas de sensations spéciales au palper. Les fonctions intestinales étaient normales et les selles de coloration ordinaire.

A l'ouverture de l'abdomen, par une incision parallèle au côté interne de la ligne semi-lunaire droite, la vésicule biliaire fut mise à jour. Elle formait une tumeur du volume d'une tête d'enfant, constituée par des kystes multiloculaires, dont le contenu était un liquide bleuâtre, dans des cloisons à parois minces. La tumeur fut extirpée après ponction. La tumeur pendait à la face inférieure du foie par un pédicule qui fut sectionné. Cette masse était nourrie par de petits vaisseaux.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait purement et simplement de la vésicule biliaire elle-même, dont la lumière se divisait en cavités séparées par des cloisons étanches. Ces cavités ne communiquant pas les unes avec les autres, contenaient un liquide muqueux, souillé de bile, pas trace de calculs ni d'hydatides. Il semble que la paroi se soit épaissie surtout au niveau du dôme. Cet épaississement était traversé par des tubes glandulaires à tous les stades, mais élargis. L'épithélium est cylindrique. La couche glandulaire est en somme hypertrophiée. La cause de cette hypertrophie reste inconnue. S'agissait-il d'une dégénérescence papillomateuse sévère ou nous trouvions-nous en présence d'une nouveauté pathologique? Il est évident, histologiquement parlant, que nous ne sommes pas en présence de tumeur maligne, car la disposition des éléments n'est pas dérangée. Aucune cellule anormale ou sarcomateuse. L'état général ne plaide pas en faveur d'une infection grave. Le teint était clair, sain. Pas de perte de poids; une cholécystentérostomie aurait pu s'imposer, mais l'état général ne commandait pas cette opération.

OBSERVATION VIII

Adénome de la vésicule biliaire. Tumeur kystique occupant les parois de la vésicule ayant donné des symptômes qui ressemblent exactement à ceux produits par les calculs. Ictère. Pas de calculs. (MAYO-ROBSON. *Royal Medical and Chirurgical Society*, in LANCET, 15 avril 1905, p. 999).

Femme, 53 ans, sujette à des crises douloureuses au-dessous du rebord du gril costal droit. Les douleurs survinrent il y a quelques mois et le maximum des crises correspondait à des périodes de jaunisse légère.

L'examen physique montre un élargissement notable du lobe droit du foie, mais on ne peut pas percevoir la vésicule biliaire elle-même. La palpation est légèrement douloureuse dans toute la zone qui correspondrait anatomiquement à la région de la vésicule, c'est-à-dire sur une ligne qui joindrait l'ombilic au 9^e cartilage costal. On songea à des calculs et une thérapeutique s'adaptant au diagnostic fut instituée. Résultats: aucun. Une opération est décidée et, dès l'ouverture de l'abdomen, on découvre sous l'abri formé par le lobe droit du foie élargi, en ptose, une vésicule biliaire très épaissie. Il n'y a pas de calcul à son intérieur, ni dans les voies biliaires. On incise au bistouri la paroi épaissie, et on a la surprise de tomber dans une tumeur kystique occupant la paroi de la vésicule. Il semble donc évident que le fond de la vésicule biliaire ait été envahi par une tumeur adénomateuse. Quelques incrustations de cholestérine. — Tout le reste de la vésicule biliaire était rétréci, mais épaissi. Cholecystectomie sans drainage. Suites opératoires normales. Rien de spécial à noter. Vers la fin de la 3^e semaine, la malade, guérie, quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX

Cas du D^r RINGEL, in *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*. 28^e Congrès 1899. Papillomes de la vésicules biliaire; Vésicule grosse comme un œuf d'autruche transformée in toto en un kyste papillifère; contenu muqueux, huit calculs.

Il s'agit d'une femme de 47 ans qui fut atteinte, de 16 à 17 ans, de crampes douloureuses assez violentes dans la région du foie. Ces accès survenaient à des intervalles plus ou moins grands et duraient les uns une à deux minutes, les autres une heure entière. Depuis 7 ans, la malade voit se développer sous les fausses côtes droites une tuméfaction dont l'accroissement fut lent au début et dont le volume a subi de nombreuses variations. Bientôt les coliques se succédèrent à de plus courts intervalles pour atteindre, dans la dernière année surtout, une très grande fréquence. Pas de vomissements, selles toujours régulières.

A signaler dans les antécédants, outre la rougeole, de légers et fréquents accès de rhumatisme articulaire aigu.

Etat actuel de la malade à son entrée à l'hôpital: Personne de taille moyenne, assez vigoureusement constituée. Teint pâle. Pas d'ictère. Rien aux poumons. Au cœur: insuffisance mitrale marquée. L'abdomen est très souple, non tendu. Du côté droit, faisant saillie sous les fausses côtes, on sent une tuméfaction de la grosseur d'un œuf d'autruche, ferme et élastique, lisse, mate à la percussion. Elle s'amincit graduellement vers sa partie supérieure où elle se met en rapport avec le foie. Son extrémité inférieure est légèrement mobilisable en dedans.

D'après ces constatations, on pose le diagnostic d'obstruction du canal cystique par un calcul avec dilatation kystique de la vésicule biliaire.

Opération le 9 décembre 1898 (Dr Kümmel). Ouverture de la cavité abdominale au-dessus de la tumeur. Celle-ci se laisse facilement luxer par son pôle inférieur hors de la plaie opératoire. Elle se montre comme étant la vésicule biliaire dilatée, grosse comme un œuf d'autruche. On l'incise et l'on évacue une petite quantité de mucus vitreux, environ 200^{cm}³, des masses papillomateuses détachées, et enfin huit calculs facettés, de la grosseur d'une cerise. Depuis l'origine du canal cystique, toute la paroi vésiculaire est tapissée de nombreuses excroissances papillaires. Par une section portant sur le canal cystique, on extirpe la vésicule biliaire. On suture le canal cystique avec du catgut, et l'on

draine avec de la gaze antiseptique. Fermeture de la cavité péritonéale et pansement.

Les suites de l'opération furent tout à fait satisfaisantes, à part un léger trouble de compensation du côté du cœur. La ligne de suture guérit par première intention. Au cinquième jour après l'opération, le pansement peut être enlevé et la fistule qui s'était formée se ferma en peu de temps. Le 15 Janvier 1899 la malade, guérie, quitte l'hôpital.

Anatomie pathologique. — La vésicule biliaire enlevée se compose d'un sac ovoïde dont l'épaisseur de la paroi mesure à peu près partout 1 à 2 mm. Le diamètre long mesure 15 cm., le plus grand diamètre large mesure 8 cm. Elle s'amincit graduellement vers la section où elle présente une lumière de 2 cm. La surface extérieure de la vésicule est partout formée d'un revêtement péritonéal lisse ; une région de la largeur d'une pièce de 5 francs seule en est dépourvue : c'est la zone de contact du foie et de la vésicule biliaire. Nulle part on ne perçoit de tumeur ; à la partie inférieure, près du fond, quelques hémorragies sous-séreuses qui se sont sans doute produites pendant l'opération, à l'extraction ou à l'ouverture de l'organe. La muqueuse vésiculaire est en général assez lisse, de coloration jaunâtre. Réparties sur tout l'intérieur de la vésicule jusqu'à 1 cm en avant de la section, de nombreuses proliférations papillomateuses de quelques millimètres de hauteur la tapissent. Vers le fond, elles représentent des formations en chou-fleur de 1 à 2 cm d'épaisseur.

Ces dernières sont extrêmement molles et se brisent en partie sous le doigt au plus léger contact. D'ailleurs un pareil morcellement de ces masses papillomateuses s'était produit spontanément déjà depuis longtemps dans l'intérieur de la vésicule ; on s'explique ainsi que l'on ait pu en évacuer pendant l'opération.

Examen microscopique. — La surface intérieure de la vésicule biliaire présente une muqueuse épaissie et rugueuse avec de nombreuses excroissances molles. Les cellules qui composent ces néoproductions sont les unes cylindriques, les autres polymorphes et possèdent sur une préparation fraîche un noyau très

apparent. Au grossissement le plus fort, la muqueuse prend un aspect nettement papillaire, avec de petites villosités parfois ramifiées. Le stroma de celles-ci est formé de tissu conjonctif vascularisé sur lequel repose une compacte rangée de cellules épithéliales analogue à celles que nous avons déjà décrites. Par endroit, des invaginations utriculaires s'enfoncent dans la paroi de la vésicule biliaire. Celles-ci ont des formes variables, les unes arrondies, les autres en cul-de-sac. Elles sont toutes tapissées par une rangée de cellules épithéliales cylindriques, dont le noyau rejeté vers la base est fortement coloré. De telles formations glandulaires se trouvent en un point bien spécial en très grand nombre ; quelques-unes, dilatées kystiquement, forment de petites cavités sans aucun rapport avec la surface muqueuse et situées dans les couches les plus profondes : elles s'entourent de faisceaux musculaires qui les séparent les unes des autres, au milieu d'une infiltration de petites cellules. Indépendamment de ces cavités kystiques que nous venons de décrire, on en retrouve encore de semblables jusque dans la tunique sous-séreuse.

En résumé, microscopiquement parlant, nous avons affaire à de petites villosités papillaires, simples ou ramifiées, dont le stroma se compose de tissu conjonctif vascularisé, et, en un certain point bien limité, à une propagation de cette néoformation à la paroi de la vésicule qui prolifère jusque dans la couche sous-séreuse (1).

OBSERVATION X

PELS-LEUSDEN (*in Archiv. für klin. Chir.* 1906). Anatomiquement : Papillome de la vésicule biliaire avec calcul dans le cholédoque. Histologiquement : Tumeurs papillaires revêtues d'un épithélium cylindrique à hautes cellules dans l'épaisseur desquelles on voit des prolongements

(1) Ringel n'hésite pas à considérer cette prolifération comme une dégénérescence carcinomateuse en ce point seul.

M. Pels-Leusden, qui a eu l'occasion de revoir M. Ringel à ce sujet, rapporte que la malade, complètement guérie à sa sortie de la clinique, y revint trois ans après pour un cancer du sein. Il est intéressant de remarquer cette récurrence éloignée, due sans doute à une métastase ayant eu pour origine ce point de dégénérescence maligne constaté au niveau de la vésicule biliaire.

canaliculés glanduliformes tapissés du même épithélium et des cavités kystiques du même revêtement. Cliniquement : Accès douloureux répétés avec ictère.

Z..., 57 ans, garde-chasse. Tombe malade en janvier 1898, avec de très violentes coliques hépatiques. Ces accès se répètent ensuite 2 fois par an jusqu'en été 1901. A ce moment, une cure à Carlsbad retarde les crises de huit mois ; mais elles recommencent ensuite, survenant toutes les quatre semaines. Pendant ces accès, le malade se plaint de violentes démangeaisons, de constipation. Il maigrit rapidement. Nouvelle saison à Carlsbad en juillet-août 1902. Pas d'amélioration, les crises s'accompagnent toujours d'ictère et se répètent tous les huit jours.

A son entrée à la clinique chirurgicale de la Charité, fin août 1902, cet homme est considérablement amaigri, présentant un ictère très prononcé avec coloration brune de la peau. Foie très hypertrophié, rude à la palpation, vésicule biliaire non palpable, hypertrophie de la rate. Une nouvelle crise de coliques est observée à la clinique et l'opération décidée.

Vésicule biliaire très profondément enfouie entre les lobes du foie, très peu dilatée. Dans le voisinage de la vésicule et des voies biliaires, nombreuses et solides adhérences. L'état du malade paraissant contre-indiquer une plus grosse intervention, on fait une simple cholecystostomie en deux temps. A l'ouverture de la vésicule biliaire, on ne trouve à son intérieur aucun calcul ; par contre, avec une curette tranchante on en retire des masses qui sous le microscope se décomposaient en néoformations papillaires et glandulaires recouvertes ou plutôt tapissées d'un épithélium régulier, haut, cylindrique. Un examen microscopique plus approfondi ne put être pratiqué, car le matériel mis à notre disposition était insuffisant et l'on dut se limiter à l'examen frais de ces masses néoplasiques.

D'après l'allure de la tumeur (nous n'étions pas encore fixés sur l'existence de tumeurs autochtones papillaires dans la vésicule), nous avons pensé qu'il s'agissait probablement d'un adénocarcinome qui se serait développé tout près de là dans l'intestin et qui se serait propagé à la vésicule biliaire. L'état du malade

s'était amélioré d'une façon notable. L'ictère prononcé disparut progressivement, les accès ne se reproduisirent plus ; il ne resta seulement qu'une fistule permanente par laquelle s'écoulait la bile.

Contre nos prévisions, cet homme reprit chez lui peu à peu ses forces. Il n'eut jamais plus de crises douloureuses ; quelques fatigues passagères seulement, quand le drain d'écoulement de la bile était obstrué. Selles consistantes, colorées par la bile qui continuait à s'écouler dans l'intestin.

A la fin de 1903, le patient est de nouveau amené à la clinique en observation. Tout autour de la fistule biliaire se trouvaient des néoformations violacées analogues à celles que l'on avait retirées autrefois de la vésicule. Ces proliférations, prélevées avec un ciseau plat, pouvaient maintenant être soumises à un examen microscopique suffisant.

Il s'agissait d'une tumeur papillaire suspendue à un mince pédicule. Le pédicule se compose de tissu conjonctif peu abondant, richement vascularisé ; il donne naissance aux néoformations papillaires ramifiées. Les excroissances papillaires, comme le pédicule, sont recouvertes d'un épithélium simple, régulier, haut, cylindrique, dont les cellules ont par endroits le caractère des cellules caliciformes. Cet épithélium cylindrique pénètre dans l'intérieur du pédicule en donnant des ramifications. Il existe, en outre, dans l'intérieur du pédicule et des excroissances, des éléments ronds et plusieurs fois ramifiés, situés les uns juste au-dessous de l'épithélium, d'autres en plein stroma.

L'homme survécut deux ans encore, et durant ce temps, à plusieurs reprises, de pareilles végétations durent être enlevées au pourtour de la fistule. Il mourut de tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie, on découvrit une vésicule parsemée d'abondantes papilles dans sa partie superficielle, granuleuse dans le reste de sa surface ; il n'y avait pas de végétation dans les canaux ; l'hépatique et le cholédoque étaient très dilatés, et près de l'ampoule de Vater on sentait une tumeur dure : c'était un calcul muriforme enclavé à la fin du cholédoque. Telle avait été l'origine méconnue de tous ces accidents.

OBSERVATION XI

Cas du Dr DOMINICI, Palerme. Clinique du professeur Parlavecchio. Sur un cas de tumeur rare de la vésicule biliaire, publié dans « *Archiv. für Klin. Chir.* » Berlin, 1911, p. 487. Cliniquement : coliques hépatiques avec ictère peu prononcé ; tumeur dans l'hypocondre droit. Anatomiquement : hydropisie de la vésicule biliaire ; papillome diffus ; pas de calcul.

A... Ch., 35 ans, est amenée à la clinique du professeur Parlavecchio, le 9 avril 1911, pour une maladie de foie.

Antécédents : Père mort jeune d'une pneumonie (?). La mère de la malade, qui atteignit un âge très avancé, fut toujours bien portante. Deux frères moururent, l'un de pneumonie, l'autre d'une maladie de foie sur la nature de laquelle la malade ne nous donne aucun renseignement précis. Elle se souvient seulement que son frère fut atteint d'un ictère très prononcé à la suite d'un violent traumatisme ; cet ictère, intermittent, dura pendant trois mois de la maladie.

Rien à signaler dans le passé de la malade. Réglée à 16 ans, elle n'eut aucun trouble de la menstruation, qui fut toujours normale comme quantité, couleur et durée jusqu'à la ménopause (44 ans). Elle se maria à 16 ans et eut un enfant qui mourut à l'âge de 3 mois. Son mari mourut à 66 ans d'une maladie de reins.

Histoire de la maladie : L'affection actuelle débuta il y a environ deux ans. A ce moment, la malade commençait à souffrir, dans la région de l'épigastrie, d'une douleur qui se prolongeait dans les flancs et s'irradiait jusque vers la colonne vertébrale. Ces douleurs survenaient par accès s'accompagnant de vomissements et durant tantôt quelques heures, tantôt un jour entier. La constipation alla en s'accroissant, s'accompagnant d'autres troubles intestinaux. Parfois, la malade était obligée de vomir après tous ses repas : c'est alors qu'elle fut très amaigrie.

En même temps que ces phénomènes douloureux s'installa un ictère très léger, sans fièvre, avec teinte subictérique des conjonctives. C'est dans le courant du mois d'octobre qu'elle

commença à s'apercevoir qu'une tuméfaction de consistance dure se développait à l'épigastre ; cette tumeur, très mobile, s'accrut petit à petit.

Etat actuel le 10 avril 1911. — Poids 57 kil., température normale, pouls 90, respiration 24.

Constitution, squelette = normaux. Muscles flasques. Paracostale adipeux peu abondant. Veines sous-cutanées peu apparentes. Organes des sens intacts. Coloration de la peau normale. Les conjonctives sont très faiblement subictériques.

Système lymphatique, appareil urinaire, urines : rien à signaler. Organes génitaux internes : rien à noter à la palpation de l'utérus et des ovaires.

Appareil respiratoire, appareil circulatoire = normaux.

Abdomen : aucun signe du côté de l'appareil intestinal.

L'examen de la région hépatique nous donne les symptômes suivants : A l'inspection, on remarque une saillie de l'hypochondre plus prononcée à droite qu'à gauche ; la palpation permet de sentir dans la région de la vésicule une tuméfaction lisse, rénitente, de la grosseur d'une belle poire, et située sous le bord inférieur du foie. La tumeur suit les mouvements de la respiration par des oscillations d'environ 2 cm. et son pôle inférieur se déplace jusqu'à 2 cm. au-dessus de la ligne ombilicale. Elle est légèrement douloureuse à la pression. Le bord inférieur du foie ne dépasse pas les fausses côtes. La percussion confirme les signes trouvés à la palpation et permet de tracer assez exactement le contour de la vésicule biliaire.

Diagnostic : Hydropisie de la vésicule probablement consécutive à de la lithiase biliaire.

On décida l'intervention opératoire.

L'opération fut faite par le professeur Parlavecchio, le 12 août 1911. Anesthésie au chloroforme. Laparatomie médiane sus-ombilicale. On constate bientôt que la vésicule est très allongée et dilatée, elle atteint l'épaisseur d'un poing et une longueur d'environ 15 cm. Au niveau du fond on aperçoit un point d'aspect presque cartilagineux. Le canal cystique est complètement fermé à son entrée, tandis que le cholédoque ne pré-

sente rien d'anormal. Le foie présente de même un aspect normal. Cette vésicule si volumineuse est très tendue et ne contracte aucune adhérence avec les organes voisins. Libérée du bord du petit épiploon qui s'insérait sur elle plus bas que normalement, on procède à l'ablation de la vésicule biliaire. Les canaux biliaires sont ligaturés et éloignés de la face concave du foie ; on isole aussi le cystique jusqu'à son embouchure dans le cholédoque. Toutes ces manœuvres donnèrent lieu à une très faible hémorragie que l'on arrêta bien vite par quelques ligatures. Ces manœuvres furent conduites avec beaucoup de précautions pour éviter une déchirure de la vésicule et une infection du péritoine, qui fut protégé avec soin. L'isolement de la vésicule et du canal cystique une fois terminé, on ponctionna le fond de la tumeur avec un trocard muni d'un tube en gomme. Il s'écoula ainsi plus de 200 gr. d'un liquide brun chocolat. Ensuite résection de la vésicule biliaire, tamponnement avec de la gaze autour du canal cystique afin d'éviter de très solides adhérences. Suture subtotale de la paroi abdominale et drainage.

La vésicule extirpée fut examinée aussitôt après l'opération. Après avoir élargi suffisamment l'orifice fait par le trocard, on put en retirer une masse de tissus détachés et libres, d'aspect vilieux. On retourne la vésicule comme un doigt de gant et l'on constate que sa muqueuse est recouverte de volumineuses villosités.

Au 4^e jour, ablation du canal cystique au thermo-causère, et cautérisation du moignon. Excellentes suites opératoires : la plaie guérit par première intention.

19 avril 1911. La malade eut soudain un violent accès de toux spasmodique pendant lequel la plaie déjà complètement guérie se déchira, laissant sortir sous le pansement une partie du colon transverse. Antisepsie. Reposition du colon et suture (D^r Orlando).

30 avril 1911. — La plaie opératoire est complètement cicatrisée. La malade est complètement rétablie. Débarrassée de toutes ses souffrances, elle quitte l'hôpital.

Examen de la vésicule biliaire. — L'examen macroscopique

donne les constatations suivantes : vésicule considérablement dilatée, ses diamètres l'emportent de beaucoup sur les dimensions normales. Longueur 13 cm., largeur 6 cm. 1/2, épaisseur 3 mm. 1/2. Surface extérieure hyperémée avec vaisseaux dilatés et gorgés de sang. La surface intérieure est dans sa totalité tapissée d'excroissances coniques ou plates qui lui donnent l'aspect d'un chou-fleur. La longueur de ces excroissances atteint environ 4 à 5 mm.

Après fixage au formol on prélève, en plusieurs endroits, de petits lambeaux comprenant toutes les tuniques de la vésicule, depuis la muqueuse jusqu'à la séreuse. Séjour dans l'alcool absolu. Xylol et paraffine. Coloration des coupes, les unes avec hématoxyline-éosine, d'autres avec hématoxyline orange, d'autres suivant la méthode de Van Grison, d'autres avec le Weigert pour les fibres élastiques.

L'examen histologique est particulièrement instructif. Dans une coupe intéressant toutes les tuniques de la vésicule biliaire, nous examinons tout d'abord la muqueuse. Le chorion de la tunique muqueuse se montre un peu plus épais que normalement. On y rencontre fréquemment des vaisseaux dilatés et bourrés de globules rouges. Il est constitué surtout par de puissants faisceaux de tissu conjonctif avec des cellules atrophiées et de minces fibres élastiques. Disséminées çà et là on remarque des groupes de petites cellules au milieu d'un mince plexus fibrillaire dans les mailles duquel on aperçoit des lymphocytes, des plasmazellen et quelques rares mastzellen.

Du chorion naissent des néoproductions de différentes formes, tantôt simples, la plupart du temps groupées, ramifiées et quelquefois amastomosées ensemble. En d'autres termes ce sont des papilles dans lesquelles il faut considérer : a) un stroma ; b) une membrane basale ; c) un épithélium.

Le stroma se compose d'un tissu reticulé avec de minces fibres élastiques et dans les mailles duquel on reconnaît des lymphocytes, quelques plasmazellen et aussi des polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. De plus, on trouve fréquemment des capillaires dilatés.

La membrane basale est nettement différenciée.

L'épithélium est en grande partie cylindrique avec quelques cellules cupuliformes placées à des intervalles inégaux. Il n'est pas rare aussi de rencontrer dans l'épithélium des lymphocytes. Il est intéressant de remarquer que ses limites en bas ne dépassent pas la membrane basale ; il est composé d'une seule assise de cellules ; les figures karyokinétiques sont rares, normales et symétriques.

En ce qui concerne les particularités de la structure intime des cellules, nous observons un protoplasme granuleux avec de petites vacuoles et une mince membrane plus ou moins visible. Le noyau est rond ou ovale, très riche en chromatine avec des granulations nettes, plus ou moins nombreuses.

Tunique musculaire : celle-ci ne montre plus rien d'intéressant à signaler si ce n'est un épaississement notable. La séreuse ne présente rien d'anormal.

OBSERVATION XII

Transformation de la vésicule biliaire toute entière en un kyste papillifère (SAND et MAYER). Cliniquement : prurit, vomissements, ictère. Anatomiquement : papillome diffus. Pas de calcul. Opération : cholécystectomie. (*Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1911, p. 528.)

Sp. Pierre-Jean, 35 ans, journalier.

N'a jamais été malade jusqu'en octobre 1910. A ce moment ses compagnons de travail lui font remarquer qu'il devient jaune. Quelques jours plus tard apparaissent du prurit et des vomissements biliaires. L'ictère devient rapidement de plus en plus foncé en même temps que les selles se décolorent et que l'urine se charge de pigments biliaires. Vers la mi-décembre, augmentation de volume du ventre, hypertrophie du foie, amaigrissement.

Malgré un traitement médical, régulièrement suivi, ces symptômes s'aggravent de plus en plus et l'amaigrissement devient tel que le malade est obligé de garder le lit. Au début de février, le

foie, très dur et douloureux. descend à deux travers de doigt en dessous de la ligne ombilicale ; il mesure $\frac{25 \times 22 \times 28}{12}$. Tête de Méduse marquée. Pas d'hémorragie. Pas de fièvre. Cachexie. L'ictère est devenu franchement noir. Le diagnostié porté à ce moment est cirrrose hypertrophique.

Le malade se résigne alors à une intervention qu'il avait toujours refusée jusque-là. Celle-ci est pratiquée à l'hôpital Willebroeck, le 28 mars 1911, dans le double but d'assurer le drainage du cholédoque et de rechercher s'il existe une cause de rétention biliaire.

Anesthésie chloroformique avec l'appareil de Ricard (D^r PERSOONS). — Aidé par le D^r Princen, je pratique l'incision de Kehr. A l'ouverture du ventre, je trouve le foie très volumineux, dur, congestionné, violacé. La vésicule biliaire, du volume d'un gros œuf de poule, tendue, de consistance élastique et facilement enlevée au ras du cholédoque par l'ouverture duquel j'enfonce un drain dans le canal hépatique.

L'exploration du canal cholédoque vers le duodénum ne montre aucune difficulté ni aucune particularité ; mais il existe à l'angle cholédoco-cystique un ganglion du volume d'une amande, simulant un calcul ; après son excision, la bile s'écoule facilement par le moignon du canal cystique, auquel je fixe la sonde hépatique.

Suites opératoires normales. — Le malade quitte l'hôpital au bout de six semaines, très notablement amélioré. Il reprend son travail au début de juin. Les selles ont une coloration normale. Le prurit a disparu, mais il persiste de l'ictère, des urines bilieuses et une petite fistule donnant issue à quelques gouttes de liquide muqueux. Le foie dépasse encore de trois travers de doigt le rebord costal et mesure $\frac{16 \times 14 \times 12}{6}$. Le malade est encore soumis à l'observation médicale. Bien que cliniquement le malade ne soit pas encore entièrement guéri, nous avons cru pouvoir relater déjà son observation, parce que l'intérêt de ce cas réside principalement dans le résultat de l'examen anatomo-pathologique.

Examen anatomo-pathologique (D^r SAND). — La vésicule arrondie, augmentée de volume, n'est pas adhérente ; sa surface péritonéale est lisse, d'un blanc éclatant ; sa paroi, de consistance moyenne, mesure de trois à quatre millimètres d'épaisseur ; la muqueuse d'un gris jaunâtre, d'aspect velvétique, porte d'innombrables petites excroissances filiformes visibles surtout à la loupe ; une gelée tremblotante, translucide, bleuâtre, parsemée de petits grumeaux blancs, remplit la vésicule.

Le ganglion situé à l'angle cholédoco-cystique présente des altérations d'inflammation chronique banale.

Les préparations microscopiques montrent la paroi de la vésicule formée de trois couches, épaisses chacune d'un à deux millimètres :

1^o Une couche interne de papilles en forme de cylindres, de languettes ou de massues ; ces papilles sont élancées, quelquefois ramifiées ou anastomosées. De place en place, elles sont représentées par un cône à peu près aussi large que haut. Papilles et cônes résultent de la juxtaposition d'un axe conjonctivo-vasculaire et d'un revêtement épithélial. Le premier contient des faisceaux de fibres conjonctives assez épaisses, un peu sinueuses, laissant entre elles de petites lacunes allongées, dont chaque loge une cellule conjonctive à noyau arrondi, dense, à protoplasma souvent très peu abondant. Dans les faisceaux, sont disséminés des noyaux allongés, en grain de blé, parallèles aux fibrilles. Quelques fibres musculaires lisses et quelques capillaires complètent la structure des papilles et des cônes. On n'y voit guère de leucocytes.

L'épithélium consiste en une rangée unique et régulière de cellules cylindriques et caliciformes, situées toutes au même niveau ; la membrane basale est presque partout visible. Du mucus, coagulé en un fin réseau, recouvre la surface libre de l'épithélium.

Les papilles et les cônes sont souvent creusés de glandes et de cavités kystiques, contenant du mucus et tapissées d'un épithélium en tout semblable à celui qui vient d'être décrit.

2^o Une couche moyenne, formée de faisceaux de fibres mus-

culaires lisses, dont la direction est le plus souvent longitudinale, parfois circulaire. Tous ces faisceaux sont plongés dans une gangue conjonctivo-vasculaire peu abondante.

3° Une couche de tissu conjonctif, lâche, aréolaire, dont les fibres, sinueuses et à direction longitudinale, ont, pour la plupart, subi la dégénérescence hyaline. Des vaisseaux dilatés à paroi épaissie et des noyaux de forme variable sont disséminés dans cette tunique.

Le contenu de la vésicule se colore en rouge par le mucicarmin, c'est donc bien du mucus.

OBSERVATION XIII

METTENHEIMER. — Sur un cas de formations papillaires dans la vésicule biliaire. *Archiv. fur anat. physiol. u. wiss. med.* 1871. p. 486.

Vaugron, soldat français, 22 ans, mort des suites d'une dysenterie. A l'autopsie: ulcérations dysentériques sur le gros intestin, épanchement pleurétique gauche. Ascite.

Vésicule contient en petite quantité de la bile de coloration jaune orangée, épaisse. Muqueuse colorée en brun jaunâtre par les pigments biliaires. On y remarque un certain nombre de points blanchâtres, que l'on mobilise facilement avec une éponge et flottant sur l'eau après immersion. Chaque point représente un bouquet de villosités, mobiles, reliées à la muqueuse par un mince pédicule, présentant une certaine analogie avec le molluscum de la peau. A l'examen de la coupe, celles-ci sont rondes, renflées en massue. Elles abandonnent à la pression une substance blanche, poussiéreuse, composée de petites granulations rondes, très réfringentes, de très petites dimensions. Dans le tissu conjonctif de la villosité se trouvent à côté de ces granulations de petites gouttelettes grasses. Dans l'eau, chaque granulation est animée de mouvements moléculaires intenses.

A l'éclairage latéral la villosité est jaune. Elle se colore en rouge par H C L, et se rétracte fortement en abandonnant une partie de ses granulations. A cause de la minceur de leur pédi-

eule, ces villosités peuvent, sous une influence quelconque, se détacher facilement et donner lieu à des concrétions biliaires dans la vésicule.

Chaque villosité se compose de tissu conjonctif. On n'est pas autorisé à les considérer comme de formation de nature hétéroplastique. Il est très difficile de décider, d'après l'examen de la préparation si ces végétations auraient pu avoir un développement suffisant pour obstruer le cours de la bile, et empêcher les contractions de la vésicule. Les bouquets de villosités étaient isolés, longs et larges d'environ $1/5$ à $1/6$ de mm., séparés par de grands espaces intermédiaires. Le reste de la muqueuse était sain partout ailleurs. Peut-être était-ce le début d'excroissances polypeuses, comme il n'est pas rare d'en rencontrer sur les autres muqueuses par exemple de l'estomac ou de l'intestin.

OBSERVATION XIV

Papillome du cholédoque associé à la présence d'un calcul. Cholecotomie. Transformation carcinomateuse quelques mois après l'opération. ROLLESTON. — *Transactions of Pathological Society*. 1894. Vol. XLV, p. 83, et *Medical Chronicle*. Janv. 1896).

A St-Georges-Hospital un malade envoyé par le Dr Isambard Owen est opéré par M. Benett qui lui fait une cholecystotomie et qui enlève de l'intérieur du cholédoque une tumeur de coloration blanchâtre, à allure granuleuse. La tumeur faisait saillie dans l'intérieur du canal. La paroi ne fut pas enlevée en même temps que la tumeur. Cette excroissance était en rapport intime avec un calcul compact, adhérent, et dont la stagnation à ce niveau devait remonter à deux mois. Histologiquement la tumeur était un papillome composé d'une base de tissu fibreux recouvert d'épithélium cylindrique. Par endroit le tissu conjonctif avait subi une dégénérescence mucoïde.

Ce papillome qui pointait au-dessus de la muqueuse du cholédoque ressemblait exactement à un polype glandulaire de l'intestin. L'irritation provoquée par le calcul avait dû faire apparaître ce papillome exactement comme la présence de psorospermes

dans les petits canaux biliaires du lapin donnent naissance sur la muqueuse à des excroissances papillomateuses. Le fait est que les apparences anatomo-pathologiques de pareilles néoformations biliaires chez le lapin sont en tous points comparables au fait présent.

Après l'opération, guérison complète et rapide.

Rolleston qui a eu l'occasion de revoir ce malade, présente de nouveau cette observation dans son livre sur les maladies du foie et des voies biliaires. Il la cite comme un exemple de transformation maligne d'un papillome bénin. (*Diseases of the liver Gall. Bladder and bile-ducts*, 1905, p. 684.

Un papillome enlevé au cours d'une cholécotomie, dans le cholédoque d'une femme avait été primitivement en contact avec un calcul auquel il a dû adhérer pendant deux mois. Morphologiquement c'était un beau papillome. Mais voici que quelques mois après, la malade revient avec des symptômes qui ne permettent pas de douter d'une belle récurrence au même niveau. Toutefois la malade disparut. Je montrai l'échantillon à la Société de Pathologie avec le diagnostic de papillome consécutif à l'irritation provoquée par un calcul. Le papillome avait-il déjà subi une transformation cancéreuse, ou bien à la suite de l'opération avait-il subi des irritations capables de la rendre maligne, on ne sait; quoiqu'il en soit au moment de l'opération il n'y avait aucun signe d'infiltration.

OBSERVATION XV

PALASSE. Obstruction calculuse du cholédoque coexistant avec un polype de ce conduit. Trois calculs dans le cholédoque. — Cholécotomie. — Guérison. — in *Lyon Médical*, 1908.

Th. Françoise, 54 ans, entrée le 24 août 1908, Salle B. Teissier, avec de l'ictère.

Ses antécédents héréditaires n'ont pas d'intérêt.

Mariée, elle a eu 2 enfants et une fausse couche. Il y a 7 ans, elle a eu la fièvre typhoïde. A l'âge de 30 ans, elle a ressenti

pour la première fois des coliques hépatiques au cours d'une grossesse. Depuis cette époque, elle a souffert plusieurs fois par an.

Mais voici un an qu'elle souffre à peu près tous les jours, dans l'après-midi et dans la nuit, c'est-à-dire pendant les périodes digestives. Elle a eu parfois de l'ictère vrai et conserve toujours dans l'intervalle des accès une légère teinte subictérique.

Depuis 2 mois, les douleurs sont accompagnées de nausées incessantes, de vomissements alimentaires et bilieux, de poussées fébriles et frissons. L'appétit a disparu, la malade a maigri et perdu ses forces.

Sur notre conseil, elle entre à la clinique du professeur Teissier.

L'examen d'entrée fait constater les symptômes suivants : Ictère moyen, fébrile, selles colorées, urines foncées, présentant la réaction de Gmelin. La région épigastrique est douloureuse d'une façon diffuse, sans point d'élection. Pas d'empâtement. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes. La rate n'est pas perçue.

Le pouls est à 76. Pression artérielle mesurée à l'appareil Potain II. L'examen des autres organes est négatif.

Les jours suivants, la malade présenta des poussées fébriles avec recrudescence d'ictère environ tous les cinq jours. Température 38,5 avec frissons et sueurs. Dans l'intervalle des accès, la température baissait, l'ictère s'amendait, la douleur se calmait. Les selles furent examinées tous les jours, elles restèrent colorées et ne renfermèrent aucun calcul.

Le 10 septembre, c'est-à-dire 3 semaines après l'entrée de la malade, l'ictère se fonça, les selles devinrent blanches, révélant ainsi une obstruction complète du cholédoque. L'état général se mit à décliner, la malade maigrissait de 2 kgs en une semaine, elle avait plusieurs épistaxis, et le traitement médical ne donnait aucun résultat. Au bout de vingt jours d'obstruction complète, la malade fut opérée par le professeur Jaboulay.

La vésicule fut trouvée totalement atrophiée, vide et ne fut pas touchée. Le cholédoque renfermait trois calculs superposés,

dont deux de la grosseur d'une noisette. Une incision du cholédoque permit de les retirer et de sentir au-dessous d'eux, vers le duodénum, un petit polype que l'on put récliner avec le doigt et exciser. L'opération fut terminée par un drainage de l'hépatique avec une sonde de Nélaton, et drainage par la voie lombaire. Après l'opération, il s'écoula un peu de bile trouble. L'ictère s'effaça, la fièvre baissa peu à peu, et malgré une hémorragie importante survenue à l'occasion d'un pansement, la guérison s'acheva.

Le polype examiné par M. Horand au laboratoire de M. Jaboulay montra un tissu conjonctif fibreux revêtu d'un épithélium cylindrique.

M. Cade a examiné le sang de la malade. Il a noté que la malade opérée présentait un peu de subictère. Quelques hématies polychromatophiles et un nombre un peu anormal de globules rouges granuleux.

OBSERVATION XVI

Malade du service de M. le professeur J. COURMONT : Cliniquement : Ictère foncé par rétention. — Cachexie. — Anatomiquement. — Calcul du cholédoque avec épaissement localisé de la muqueuse à ce niveau. — Hyperplasie adénomateuse des glandes de la muqueuse. — (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} juin 1913. — Savy, Bonnet et Martin).

Lavenir Jean, 76 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 27 janvier 1912. On vient de le retirer du Rhône, où il s'était jeté pour mettre fin à ses souffrances. Il dit s'être toujours bien porté jusqu'à l'année dernière ; dans ses antécédents, on ne relève rien qui ressemblât à des coliques hépatiques. — Ethylisme marqué.

Il y a un an, la maladie actuelle a débuté par un ictère évoluant par poussées successives, mais devenu chronique et progressif depuis 6 mois. A ce moment, s'installèrent des douleurs abdominales survenant fréquemment par crises et tellement intenses que le malade tenta de se suicider pour y échapper.

On se trouve en présence d'un malade d'une cachexie extrême avec ictère vert foncé, décoloration des matières fécales et pigments biliaires dans l'urine. La palpation ne révèle rien

d'anormal au niveau de la région hépatique. A la percussion, foie nettement abaissé, dépassant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Température : 36,5.

Mort le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — On fait une dissection soigneuse des voies biliaires. Nombreuses adhérences sous-hépatiques, englobant la vésicule qui est toute petite, ratatinée.

Un stylet introduit par l'ampoule de Vater heurte un calcul cholédocien. On ouvre les voies biliaires et l'on trouve dans la région pancréatique du cholédoque, près de sa partie terminale, un épaississement en virole de la muqueuse, nettement limité en haut et en bas, s'étendant sur un centimètre de hauteur environ. Il n'y a pas d'induration à ce niveau.

Exactement à l'extrémité supérieure de cet épaississement vient buter un calcul libre dans le cholédoque dilaté. Cette dilatation des voies biliaires en amont de l'obstacle est générale, et le canal hépatique, les voies biliaires intra-hépatiques y participent. Le foie est dur, imprégné de bile, augmenté de volume.

Rien à noter au niveau des autres organes.

Examen histologique. — L'épithélium de revêtement a disparu, mais on note une hyperplasie considérable des glandes de la muqueuse, qui sont à la fois très augmentées de nombre et de volume. Elles se présentent soit en coupe longitudinale, sous la forme de doigt de gant, soit, le plus habituellement, en coupe transversale, comme des cavités régulièrement circulaires ou à lumière étoilée. Ces cavités sont de volume assez inégal; les unes sont très réduites, d'autres plus volumineuses apparaissent presque kystiques.

Les cellules qui tapissent ces néoformations sont disposées très régulièrement sur une seule rangée; ce sont des éléments cylindriques très hauts, avec une partie centrale claire et une région basale qui contient le noyau; dans la lumière, on trouve quelques amas granuleux, assez rares du reste, produits de sécrétion cellulaire, mais il n'y a pas de cellules desquamées à l'intérieur de la glande.

En quelques points, les néoformations sont nombreuses, au

contact les unes des autres, mais par ailleurs, elles sont séparées par un tissu conjonctif assez lâche, rempli de petits éléments cellulaires arrondis et presque réduits au noyau.

Au-dessous de cette couche glandulaire, ainsi hyperplasiée, apparaît la tunique musculaire, légèrement sclérosée, en particulier autour des vaisseaux qui sont parfois cerclés de petites cellules rondes. Au sein de cette nappe musculaire, on trouve de très rares formations glandulaires (deux ou trois par préparation) absolument semblables à celles de la muqueuse et remarquablement typiques. Les éléments qui les tapissent sont régulièrement disposés sur une seule couche. Il n'y a nulle part d'infiltration interglandulaire par des cellules épithéliales isolées ou réunies en boyaux pleins. Ces néoformations intra-musculaires correspondent vraisemblablement aux éléments glandulaires qui normalement siègent dans la couche moyenne.

A noter l'hyperplasie des fibres musculaires elles-mêmes, dont quelques-unes envahissent la face profonde de la muqueuse.

Au-dessous de la tunique musculuse, apparaît le tissu pancréatique qui ne présente pas d'altérations notables.

OBSERVATION XVII

Tumeur ayant pour siège le canal cystique, sans aucun caractère de malignité. Calculs dans la vésicule. Pas d'examen histologique. Cliniquement : Accès simulant des crises d'appendicite. Guérison après ablation de la vésicule et du canal cystique. (M. MAYO-ROBSON, 1898.)

Femme, 40 ans, qui au courant de cette année se présente avec des crises simulant des attaques d'appendicite. Chaque accès se caractérise par une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite associée à du ballonnement de la région de Mac Burney ; il présente tous les symptômes et signes d'une péritonite localisée, avec fièvre, vomissements, constipation. Jamais il n'y a rien eu qui aurait pu faire supposer l'éclosion d'une cholélithiase. Un nouvel examen confirme encore ce diagnostic d'appendicite. L'opération est décidée ; la laparotomie au niveau du cæcum est faite et l'on trouve tous les viscères du voisinage formant une

seule masse au milieu de laquelle reposait la vésicule biliaire appendue au lobe de Ricdel, et contenant du muco-pus enrobant plusieurs calculs. Quant au canal cystique, c'était le siège d'une tumeur, ou plus exactement d'une excroissance, et le tout fut enlevé. La malade guérit complètement. Le Dr Targett examine la tumeur qui était essentiellement d'origine inflammatoire, et nullement tuberculeuse, ni cancéreuse.

OBSERVATION XVIII

Ictère datant de huit mois progressif. Dyspepsie : vagues douleurs dans l'hypocondre droit. Amaigrissement. Décollement du duodénum. Résection du cholédoque sur une longueur de trois centimètres pour tumeur papillaire. Abouchement dans le duodénum. Guérison. (TEDE-NAT. *Congrès français de chirurgie*, 1908, p. 189.)

Pierre G..., 47 ans, m'est adressé avec les renseignements suivants : Il a habité le Sénégal de 21 à 27 ans ; il y a eu les fièvres palustres tenaces et en est revenu avec un teint subictérique qui s'est effacé peu à peu. Quelques excès alcooliques. Depuis trois ans, appétit diminué, digestions lentes, avec une sensation habituelle de pesanteur dans le flanc droit sans jamais véritable colique hépatique.

Le malade a maigri de huit kilos depuis ces cinq derniers mois. Des purgatifs répétés, calomel, sulfate de soude, huile d'olives à larges doses, n'ont pas produit d'améliorations. Le foie a augmenté de volume et dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt. A la pression, vagues douleurs au niveau du foie et au-dessous. Nous nous décidons à une incision exploratrice, craignant, à cause de l'ictère croissant, de la distension de la vésicule et de l'augmentation du volume du foie, d'avoir affaire à une tumeur maligne.

6 juillet. Le malade, purgé la veille, est anesthésié. Incision de M. Robson après coussin épais placé sous la partie inférieure du thorax. On arrive sur le foie, lisse, verdâtre. Soulevé, on voit la vésicule distendue, sans adhérences ; la traction, en haut et à droite, montre le cholédoque plus gros que le pouce. Suivi

de haut en bas avec et entre le pouce et l'index, il est souple, mais à sa partie inférieure, derrière le duodénum et à la limite de ce que les doigts peuvent atteindre, on le sent dur et bosselé. Croyant avoir affaire à un calcul, je fais quelques efforts pour ramener ce calcul vers la partie supérieure du canal. N'y réussissant pas, je pratique l'incision de Vautrin-Rocher et décolle le duodénum, des compresses ayant été dès le début disposées de façon à protéger le péritoine. J'arrive sur le cholédoque, que la sonde et le doigt décollent jusque dans l'épaisseur du pancréas, dont une très mince couche est déchirée. Je sens et vois le cholédoque épaissi, bosselé, sur une longueur de deux centimètres environ. J'applique une pince à forcipressure en amont, une autre en aval et pose une ligature juste au-dessous de la pince distale. Section au thermocautère au ras de cette pince. Il coule environ une demi-cuillerée à café de sang de l'intérieur du canal, provenant de l'ablation des papillomes contenus, par les pressions exercées dans le but de mobiliser les calculs que j'y croyais exister.

Section au ciseau faite au bord inférieur de la pince proximale. Mèche de gaze sur la bride laissée par l'excision. Pince enlevée. Cholédoque vidé de la bile y contenue. Abouchement du cholédoque à la partie antérieure de la portion verticale du duodénum. Surjet au catgut sur l'incision du péritoine paraduodéal après pose d'un petit drain allant sur le moignon inférieur du cholédoque, fortement étreint dans une ligature au catgut. Gros drain flanqué de gaze au-dessous du point d'abouchement. Suture à trois plans de la paroi totale sauf le passage des deux drains.

Vomissements pendant trente heures, pouls rapide, urines rares. Dès le 8, au matin, le malade se trouve bien, prend un peu de lait. La température oscilla entre 37 et 38°8, le pouls entre 80 et 93. La cicatrisation était complète le 29 juillet et le malade quittait la maison de santé le 5 août. Il jouit d'une bonne santé (mai 1908), donc six ans après l'opération.

Examen des pièces. — Paroi du cholédoque épaissi sur une longueur de 2 cm. 1/2. Masse papillomateuse du volume d'une aveline, grenue, dure, obstruant à peu près complètement le

canal. L'examen microscopique montre une charpente très vasculaire avec une seule couche de cellules cubiques, en quelques points aplaties ; on ne trouve pas d'éléments épithéliaux inclus dans la charpente et on augure un pronostic bénin.

OBSERVATION XIX

Adéno-myo-fibrome du canal cholédoque. Tumeur composée de tissu conjonctif avec de nombreuses cellules, au milieu de faisceaux musculaires et de rares éléments glandulaires. Pas de calculs. Cliniquement : ictère très foncé. Dilatation de la vésicule et des canaux biliaires. — VOLMER, thèse. Leipzig, 1908.

G. Fr., 38 ans, entre à l'hôpital le 11 juin 1906. Il s'est toujours bien porté jusqu'en décembre 1905. C'est alors qu'il tombe malade ; après une diarrhée peu abondante, qui dura quelques jours, s'installe une ictère sans fièvre, sans phénomènes douloureux appréciables. En février 1905, il se plaint de « crampes d'estomac » nocturnes, sans irradiations vers le dos ou l'épaule. Ces accès duraient quelquefois plusieurs heures, ne s'accompagnaient pas de vomissements et ne se répétaient pas. Légère sensation de pesanteur dans la région épigastrique. Ictère progressif. Perte d'appétit, amaigrissement.

Examen physique. — Coloration ictérique de la peau. Abdomen légèrement tendu et sensible à la pression. Foie dépassant les fausses côtes, lisse, non bosselé. Vésicule tendue, élastique, donnant la sensation d'une tumeur, grosse comme deux poings, qui descend sur la ligne mamelonnaire droite jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Urines : riches en pigments biliaires ; ni sucre, ni albumine. Matières fécales décolorées, presque blanches et fétides.

Diagnostic clinique. — Obstruction par une tumeur du canal cholédoque, tel fut le diagnostic auquel on s'arrêta. La lithiase, en effet, s'accompagne d'un ictère rémittent ; dans la tumeur, au contraire, l'ictère est progressif et il n'y a pas de phénomènes

douloureux ; or, dans notre cas, il n'y avait eu qu'un accès douloureux qui se produisit bien avant que l'ictère ne se fût installé.

Pour enlever la tumeur et rétablir le cours de la bile, l'intervention opératoire est décidée.

Opération. — Incision transversale, parallèle au rebord costal. A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe sur le rebord inférieur du foie et la vésicule. Celle-ci représente un kyste de la grosseur de deux poings. On la ponctionne : il s'écoule un demi-litre de bile claire. Pas de calcul. On aperçoit maintenant le cholédoque dilaté, de la grosseur d'un intestin grêle. Ni la palpation ni l'incision ne décèlent aucun calcul à son intérieur. Mais à sa partie inférieure, on sent une tumeur dure, de la grosseur d'une noisette. La tête du pancréas ne montre aucune altération. On ouvre le cholédoque au-dessous de la tumeur et on pousse une sonde très facilement jusque dans le duodénum. Le canal est fendu sur la sonde ; on aperçoit alors l'orifice du canal pancréatique qui se laisse cathétériser sans difficulté. Puis le canal cholédoque est isolé au niveau de la tumeur (environ à douze millimètres au-dessus de l'ampoule) et réséqué. Suture circulaire entre le bout inférieur et le bout supérieur, et drainage des voies biliaires.

Suites opératoires. — Le malade se trouve bien les premiers jours après l'opération. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Par le drain s'écoule de la bile claire. L'ictère disparaît peu à peu. Cet état relativement bon se maintient jusque vers le 20 juin. A ce moment, une syncope se produit soudain avec vomissements et douleurs abdominales. Puis l'ictère réapparaît et le malade prend un aspect bronzé. Nouvelle syncope le 22 juin et mort par cholémie.

Examen macroscopique. — La tumeur examinée après l'opération était de la grosseur d'une noisette : 4 cm. 5 de long, 4 cm. 5 de large, 1 centimètre d'épaisseur. La surface est lisse et montre seulement quelques sillons. Coloration jaunâtre, consistance dure. On pense tout d'abord, à cause de cela, à une tumeur maligne.

Examen microscopique. — Coupes colorées à l'hématoxyline-éosine de van Gieson. Faible grossissement : on voit une substance fondamentale assez uniforme, arrangée en faisceaux fibrillaires avec quelques noyaux disséminés. Dans ce stroma, quelques cavités revêtues d'épithélium, dans le voisinage desquelles se trouvent une plus grande abondance de noyaux. A la partie inférieure de la préparation, de plus grosses cellules sont agglomérées au milieu d'une substance fondamentale uniforme. Les cavités ne montrent aucun contenu et sont, suivant les hasards de la coupe, allongées, rondes ou déformées irrégulièrement.

Fort grossissement. — On reconnaît dans le stroma deux espèces de tissu : 1° Faisceaux formés de cellules uniformément grosses et riches en protoplasma avec de gros noyaux (cellules et noyaux sont ovoïdes) ; 2° Trainées de cellules de différentes tailles, mais pour la plupart plus petites que celles décrites précédemment. Les noyaux de ces cellules sont aussi de formes variables, ovales, rondes, en étoiles. Ces cellules se différencient aussi par leur coloration : celles du premier groupe sont jaunes ; celles du deuxième groupe sont rouges. Dans le deuxième groupe, on remarque la présence de capillaires reconnaissables à leurs cellules endothéliales. Les cavités sont tapissées d'un épithélium cylindrique à une seule couche de cellules. Les parties les plus profondes de la préparation montrent, au plus fort grossissement, de très nombreuses cellules épithéliales à gros noyau irrégulièrement disposées et réunies en groupe ; il s'agit sans doute ici de tissu pancréatique, enlevé avec la tumeur.

L'élément essentiel de la préparation est donc représenté par du tissu conjonctif composé de cellules et de fibres, des faisceaux musculaires et quelques éléments glandulaires. C'est donc bien un adéno-myo-fibrome, tumeur essentiellement bénigne, puisque nulle part on ne constate de figures karyokinétiques, signes d'une active prolifération.

OBSERVATION XX

Pozzi, chez un homme de 40 ans qui présenta pendant 87 jours un ictère prononcé et persistant, fit l'observation suivante: il constata, avec

la disparition soudaine de symptômes de retention biliaire, la présence d'une grande quantité de bile dans les selles, et d'un polype de la grosseur d'une noisette, pesant 6 grammes et qui, d'après son aspect, avait dû siéger dans le canal cholédoque. (Pozzi, Polipo del colédoco; ittérizia. *Gazzetta med ital. lombard*, 1880, n° 40).

OBSERVATION XXI

Monari décrit dans le canal cholédoque à 3 centimètres 1/2 au dessus de son embouchure dans le duodénum des excroissances polypeuses de la muqueuse qu'obstuaient complètement la lumière du cholédoque. Pas de calcul. Monari considère les formations polypeuses comme un papillome inflammatoire et tient l'état tout entier pour un processus infectieux dû aux bactéries de l'intestin, spécialement au *Bactérium coli*. (MONARI. — Sul restringimento fibroso del colédoco da angiolite catarrale. *Clin. med. ital.* XXXVII, 5, 1898, p. 289).

OBSERVATIONS XXII ET XXIII

Calzavara rapporte un cas d'adénome typique de la grosseur d'un pois chiche, situé à l'embouchure du cholédoque.

Il décrit aussi sous le nom de myo-adénome un épaississement diffus du segment inférieur du cholédoque. Cette tumeur, comme l'adénome signalé ci-dessus, s'était développé aux dépens des glandes muqueuses du cholédoque. Dans les deux cas, les voies biliaires, ainsi que la vésicule, présentaient un état d'inflammation chronique. Il les considère comme des formations hyperplasiques inflammatoires analogues aux altérations pariétales de la vésicule biliaire survenant régulièrement au cours de la lithiase. (CALZAVARA, C. *Ueber Adenome des Verdauungskanales*. Virchow's Archiv. T. 141, p. 221).

OBSERVATION XXIV

Homme, 44 ans, succombe à St-Georges Hospital, d'une affection cardiaque. La vésicule biliaire, semblable à un varicocèle montre un papillome jaune, imprégné de bile, implanté sur le fond et la

face antérieure de l'organe. Il n'y avait pas de calcul, mais le cholédoque était dilaté, permettant de supposer qu'un calcul y avait antérieurement séjourné. (ROLLESTON. *Diseases of the liver, gall bladder and bile ducts*, p. 618).

OBSERVATION XXV

Homme de 32 ans, mort de tuberculose pulmonaire, à Saint-Georges. La vésicule biliaire contient un petit papillome, coloré par la bile. Pas de calcul; pas de dilatation des voies biliaires. (ROLLESTON, l. c.).

OBSERVATION XXVI

Il s'agit d'une vieille femme qui se présente avec les symptômes d'appendicite aiguë. A l'opération, on tombe sur une vésicule grosse comme le poing, pleine de calculs et de pus. Elle contenait en outre une grosse masse néoplasique qui montre à l'examen histologique une structure papillomateuse : on a affaire à une tumeur bénigne. (HAUSSON. *Nordiskt medecinskt archiv*, 1905).

OBSERVATION XXVII

Petite tumeur graisseuse obstruant le canal cystique et le canal cholédoque. WARDELL in *Lancet* 1869, t. II, p. 407.

Une enfant, bien constituée, âgée de 3 ans, entre à l'hôpital le 18 novembre 1868. Trois semaines auparavant, sa maladie débute par de l'ictère. M. Mauser, qui la visita, lui trouva les conjonctives extrêmement jaunes et la surface du corps d'une teinte jaune-brun. Le poulx était normal, la peau froide. Les matières étaient de couleur claire et les urines jaune safran prononcé. Après un traitement médical (purgatifs, rhubarbe) on n'obtint pas d'amélioration dans son état. La jaunisse devint plus intense et s'accompagna d'une prostration considérable. La petite malade se plaignit, le 23 novembre, d'une douleur dans tout le côté droit, qui s'étendit vers l'épigastre. Le 24, elle tomba dans le coma et mourut le jour suivant.

Autopsie le 26 novembre, 40 heures après la mort. — La surface convexe du foie est semée de taches gris jaunâtre et brun foncé. Le parenchyme, fraîchement incisé, montre une congestion considérable. Un liquide noirâtre suinte de l'incision. Pas d'hypertrophie partielle de l'organe. — Vésicule biliaire petite et flaccide ; elle contenait un peu de sécrétion séro-muqueuse grisâtre. Située à la jonction du cystique et du cholédoque, il y avait une petite tumeur de la dimension d'une noisette. A la coupe, elle était blanc jaunâtre, homogène, non vasculaire et donnant une tache grise sur le papier. L'introduction d'une sonde montra que le cystique et le cholédoque étaient obstrués. Tous les autres organes abdominaux étaient sains. Le cas en question est d'une grande rareté chez les enfants, et les cas de ce genre sont d'un intérêt pathologique considérable. Les occlusions congénitales sont quelquefois observées, mais dans ce cas l'enfant est jaune dès sa naissance et meurt généralement en quelques semaines.

CONCLUSIONS

I. Les tumeurs bénignes des voies biliaires extra-hépatiques constituent une lésion rare, mais non pas exceptionnelle, ainsi que le prouvent les 38 cas recueillis dans la littérature médicale, parmi lesquels 27 observations ont été rassemblées dans le présent ouvrage.

II. Elles siègent au niveau de la vésicule (fond) et au niveau du cholédoque (extrémité inférieure). Les autres localisations (canal cystique, canal hépatique) sont exceptionnelles.

III. Au point de vue anatomo-pathologique, on peut les diviser en deux groupes :

a) les adénomes ;

b) les papillomes.

a) Les adénomes sont constitués par une hyperplasie des glandes de la muqueuse, sous la forme d'un noyau circonscrit, situé dans l'épaisseur de la paroi, et revêtu d'un épithélium sans altération. Ces néoformations glandulaires peuvent subir une dilatation exagérée sous forme de véritables kystes glandulaires (adénomes kystiques).

b) Le papillome, plus fréquent, se compose d'un stroma épaissi et d'un épithélium dont les caractères sont ceux de l'épithélium biliaire normal ; il se présente

avec des végétations sous forme de villosités, dans lesquelles pénètrent des axes conjonctivo-vasculaires. Des ramifications glandulaires en cul-de-sac pénètrent dans le tissu conjonctif de la tumeur. A ce groupe appartiennent sans doute certaines tumeurs décrites sous les noms de fibromes, myxomes, lipomes, et dont l'examen histologique n'a pas été pratiqué.

A côté de ces deux types bien définis, certaines tumeurs bénignes se présentent à la fois comme des adénomes dans leur profondeur et comme des papillomes à leur surface. Ces tumeurs, dans lesquelles, à l'hyperplasie glandulaire, s'associent des néoformations villeuses, peuvent être appelées des adéno-papillomes ou adénomes papillifères.

IV. Ces lésions bénignes, typiques, limitées à la muqueuse, peuvent, d'après ces caractères, se distinguer du cancer. Dans les cas de cancers peu avancés, ce diagnostic présente certaines difficultés, car ces tumeurs sont souvent très typiques. La tumeur bénigne peut d'ailleurs subir une transformation maligne, à en juger par quelques observations.

V. Elles sont en général conditionnées par la lithiase biliaire (fréquence de calculs). Elles semblent plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. L'inflammation déterminée par l'infection possible des voies biliaires, certains parasites, sont aussi des facteurs étiologiques de cette affection.

VI. La symptomatologie se confond souvent avec celle de la lithiase qui les accompagne et le diagnostic n'est jamais fait. Le tableau le plus habituel est, semble-t-il, celui de l'ictère par rétention, associé à la dilatation

des voies biliaires (perception d'une tumeur vésiculaire).

VII. Etant donnée la possibilité de transformation maligne et la difficulté du diagnostic d'avec le cancer, il faut enlever les vésicules ou réséquer les canaux biliaires atteints de tumeurs bénignes ; la cholecystectomie ou la cholédoectomie paraissent la méthode thérapeutique de choix.

VU :

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 novembre 1913.

LE RECTEUR,

Pour Le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE

- ADLER. — Zur Pathologie der Gallenblase. *Deutsch med. Woch.*, 1892, p. 57.
- ALBERS. — *Atlas der Pathologischen Anatomie*, IV. Tafel 38, und *Erläuterung dazu*, IV, 1. Abt, p. 490.
- ASCHOFF et BACKMEISTER. — *Die Cholelithiasis*, 1909, p. 73.
- BISCHOP. — An undescribed innocent growth of the gall-bladder. *Lancet*, 13 juillet 1901, p. 72.
- CALZAVARA. — Über Adenome des Verdauungs Kanal. *Virchows Archiv*, t. 141, p. 221.
- CHAPPET. — Cancer épithélial primitif du canal cholédoque. *Lyon Médical*, 1894, LXXVI, p. 145.
- COURVOISIER. — Kasuistische Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege, 1880, p. 49 et p. 125.
- DEVIC et GALLAVARDIN. — *Revue de Médecine*, juillet 1901, p. 570.
- DÉNUCÉ. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. *Thèse agrégat.*, 1886.
- DOMINICI. — Über eine seltene tumor der Gallenblase. *Archiv für Klin. Chir.*, 1911, t. 96, p. 487.
- EHRMANN. — Tumeur cellulo-graisseuse développée dans le conduit cholédoque. *Musée fac. méd. Strasbourg*, 1843.
- FAURE et LABEY. — In *Traité de chirurgie LeDentu et Delbet*. Maladies chirurgicales du foie et des voies biliaires, t. XXVII, p. 202.
- FOOT. — Icterus; occlusion of the orifice of the common bile duct by a solitary lobulated tumour (papilloma). *British Hosp. Gaz. Dublin*, 1872.
- HOLZINGER. — Über ein Fibrom des Ductus Hepaticus. *Diss. Munich*, 1901.
- HAUSSON. — Ein Fall von Papillom der Gallenblase. *Nordiskt medicinskt Archiv*. Stokolm, 1905. Abtheil f. Chir., H2, N° 4.
- JOURDAN. — Cité par Konjetzky. Papillome du canal cystique. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 8 mai 1891.
- KAUFMANN. — Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. 5 Aufl. Berlin, 1909, p. 611.
- KONJETZKY. — *Ergebnisse der Allgemeinen Pathologie*, 1910, t. XIV, II, pp. 792 et 827.

- KRAUSE. — Ein Fall von Primären Krebs des Duodenums. *Inaug. Diss. Kiel*, 1901.
- LANCERAUX. — Traité des maladies du foie, des voies biliaires et du pancréas, 1877, p. 681.
- LAVENSON. — Kystes du cholédoque. *The American Journal of the medical Sciences*, t. 137, N° 445, avril 1909, pp. 563 à 571.
- LERICHE et DUFOURT. — Adénome de la vésicule biliaire présenté par M. Dufourt à la Société de médecine de Lyon, séance du 31 mars 1913, in *Lyon Médical*, 8 juin 1913, p. 1244.
- LUBARSCH. — Über heterotope epithelwucherungen und Krebs. *Verhandlungen der deutschen pathol. Gesellschaft*, 21 septembre 1906.
- MACPHERDAN. — Cité par Rolleston. *Sajou's Annual*, 1899, vol. IV, p. 422.
- MAYO-ROBSON. — Diseases of the gall. bladder and bile ducts. 1904, pp. 192 et 200.
- Adenoma of the gall bladder. *Lancet*, 1905, vol. I, p. 999.
- MATHIEU. — Lithiase de la voie biliaire principale. *Thèse Paris*, 1908-1909.
- MÉNÉTRIER. — Le cancer. *Traité de médecine Brouardel et Gilbert*, p. 176.
- METTENHEIMER. — Über Zottenbildung in der Gallenblase. *Archiv für Anat. physiol. und wiss. medicin.*, 1871, p. 486.
- MONARI. — Sul restringimento fibroso da angicolite catarrale. *Clin. med. ital.*, XXXVII, 5, 1898, p. 289.
- PALASSE. — Obstruction calculeuse du cholédoque. Coexistence avec un polype de ce conduit. *Bulletin Soc. méd. hôp. Lyon*, 1908, et aussi *Lyon Médical*, 1908, p. 987.
- PELS-LEUSDEN. — Ueber Papilläre Wucherungen in der Gallenblase und ihre Beziehung zur Cholelithiasis und zum Carcinom. *Archiv für klin. Chir.*, 1906, t. 80, p. 128.
- PODWYSZOZKI. — *Centralblatt für Bakt. u. Parasit.*, 1889, t. VI, p. 41.
- POZZI. — Polipo del choledoco; itterizia. *Gazzetta med. ital. lombard.*, 1880, N° 40.
- RINDFLEISCH. — Traité d'histologie pathol., 1888.
- RINGEL. — Über Gallenblasenpapillom. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chir.*, 28^e Congrès, 1889, p. 98.
- ROLLESTON. — *Medical Chronicle*, janvier 1886, et aussi *Transactions of the pathological Society*, t. XLV, p. 83.
- Diseases of the liver gall-bladder and bile ducts, 1905, pp. 617 et 681.
- SAND et MAYER. — Transformation de la vésicule biliaire en kyste papillifère. *Arch. de méd. exp. et d'anat. path.*, 1911, p. 523.

- SAVY, BONNET et J.-F. MARTIN. — Tumeurs bénignes des voies biliaires. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} juin 1913, p. 673.
- SCHÜPPEL. — Die krankheiten der Leber und Gallenwege, in *Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, Leipzig, 1880, t. VIII, p. 68.
- SUTHERLAND. — Small adeno-myoma of gall-bladder. *Glasgow medical Journal*, septembre 1898, p. 216.
- TÉDENAT. — *Congrès français de Chirurgie*, p. 189.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires, 1901, p. 253.
- Tumeurs des voies biliaires. *Revue de Chirurgie*, 1900, t. XXI, p. 144.
- VOLMER. — Ein adeno-myo-fibrom in der Wand des Ductus Choledocus. *Inaug. Diss. Leipzig*, 1908, et aussi in *Archiv für klin. Chir.*, t. 86, 1908, p. 160.
- WARDELL. — Small fatty growths obstructing cystic and common duct. *Lancet*, 1869, 18 sept., vol. 2, p. 407.
- WIEDEMAN. — Wahnsinn mit Leberfehlern verbunden. *Hufelands Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst*, 1797, t. 3, p. 384.
- WILKS et MOXON. — Pathology, 1889, p. 485.
- ZELLHUBER. — Über die Zottengeschwülste der Gallenblase beim Rind. *Inaug. Diss. Berne*, 1901.
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	12
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	19
§ 1. Adénomes	20
§ 2. Papillomes	26
§ 3. Diagnostic différentiel de la tumeur bénigne et du cancer	32
§ 4. Y a-t-il des caractères anatomo-pathologiques com- muns qui les rapprochent ?	35
ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE	40
SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC	46
TRAITEMENT	52
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	91
BIBLIOGRAPHIE	94

